FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928 N°

H52

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PRÉSENTÉE PAR

Paul LE BECQ
né à Evron (Mayenne), le 13 janvier 1898

Note sur la Maladie de Dupuytren

Président: M. le Professeur Georges GUILLAIN

IMPRIMERIE « LABOR »
8, BOULEVARD DE VAUGIRARD, PARIS (XV)

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PRÉSENTÉE PAR

Paul LE BECQ
né à Evron (Mayenne), le 13 janvier 1898

Note sur la Maladie de Dupuytren

Président: M. le Professeur Georges GUILLAIN

IMPRIMERIE « LABOR »
8, BOULEVARD DE VAUGIRARD, PARIS (XV)

LE DOYEN..... M. ROGER

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBE.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	N...
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.

II. — AGREGES EN EXERCICE

	MM.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Neurologie et Psychiâtrie	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie chirurgicale	BASSET.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Physiologie	BINET.
Chimie biologique	BLANCHETIERE.
Pathologie chirurgicale	BROCQ.
Pathologie médicale	BRULE.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie médicale	CHIRAY.
Pathologie médicale	CLERC.
Hygiène	DEBRE.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale	DONZELOT.
Médecine légale	DUVOIR.
Obstétrique	ECALLE.
Pathologie médicale	FIESSINGER.
Pathologie expérimentale	GARNIER.

Pathologie chirurgicale	GATELLIER.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale	HARVIER.
Urologie	HEITZ-BOYER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Parasitologie	JOYEUX.
Chimie biologique	LABBE (Henri).
Pathologie chirurgicale	LARDENNOIS.
Oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Obstétrique	LEVY-SOLAL.
Pathologie mentale	LHERMITTE.
Pathologie médicale	LIAN.
Pathologie chirurgicale	MATHIEU.
Pharmacologie	MERCIER (Fernand).
Obstétrique	METZGER.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Histologie	MULON.
Anatomie pathologique	OBERLING.
Bactériologie	PHILIBERT.
Pathologie chirurgicale	QUENU.
Physiologie	RICHET Fils.
Dermatologie et syphiligraphie	SEZARY.
Pathologie médicale	VALLERY-RADOT (Pasteur).
Obstétrique	VAUDESCAL.
Ophtalmologie	VELTER.
Histologie	VERNE.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

	MM.
Pharmacologie	BUSQUET.
Obstétrique	GUENIOT.
Obstétrique	LEQUEUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Histologie	RETTERER.
Pathologie médicale	TANON.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

	MM.
Clinique chirurgicale	ALGLAVE.
Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique médicale	GOUGEROT.
Clinique médicale	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique obstétricale	LE LORIER.
Clinique médicale infantile	LEREBOULLET.
Clinique médicale	LERI.
Clinique chirurgicale	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.

V. — CHARGES DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, agrégé.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDOUX-LEBARD.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de ma Grand'Mère

A mes Parents

A mes Amis

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Georges GUILLAIN

Professeur de Clinique des Maladies du système nerveux

Médecin de la Salpétrière

Membre de l'Académie de Médecine.

En hommage très respectueux.

A Monsieur le Professeur P. TEISSIER

Membre de l'Académie de Médecine

Professeur de Clinique des Maladies contagieuses

Médecin de l'hôpital Cl. Bernard.

En témoignage de notre très respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Docteur MONIER-VINARD

Médecin de l'hôpital Andral.

En témoignage de notre profonde et très respectueuse gratitude.

A Monsieur le Professeur ACHARD

A Messieurs les Docteurs : AUVRAY, BERTRAND, CAMBESSEDES, CHABANIER, CHIRIÉ, GASTINEL, O. MACÉ, MARQUÉZY, REILLY, RICHE, RIBIERRE (in memoriam), RIST, ROBINEAU, ROUILLARD.

COCHEZ, ENGELHARD, MARCERON, P. RENAULT, RIVALLIER, SCHMITE, TIERNY.

Cl. SIMON, DELHERM, DE LANGEN HAGEN.

ALIBERT, DARFEUILLE, P. DECOURT, GASNÉ, MERKLEN, PUECH.

Les conclusions de ce travail nous avaient été proposées par notre Maître, M. le Docteur Monier-Vinard.

Après avoir dégagé la vraisemblance de relations entre la Maladie de Dupuytren et les syringomyelies de son expérience clinique, il fut le premier à proposer dans quelques cas, avec succès, la radiothérapie de la moëlle cervicale.

Il avait bien voulu nous permettre d'examiner quelques malades dont les observations sont consignées dans ce travail ; et nous prier de rechercher dans la littérature médicale des indications susceptibles d'aider à une appréciation d'ensemble des causes probables de la maladie. C'est ce que nous nous sommes efforcés de faire dans la partie critique de cette note.

Qu'Il nous permette, en la terminant, de lui exprimer encore notre reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

CONCEPTIONS CHIRURGICALES DE LA MALADIE DE DUPUYTREN

La rétraction de l'aponévrose palmaire, que semblait avoir devinée Cooper, pour expliquer certaines déformations spontanées, progressives, des doigts et de la paume de la main, fut individualisée comme maladie seulement le jour où Dupuytren fut en mesure de présenter à la fois l'histoire clinique, et le procès-verbal d'une dissection de la main pratiquée chez l'un de ses malades. Il se conformait à la méthode anatomo-clinique, et on peut présumer que les connaissances physio-pathologiques de son époque lui donnaient le droit de penser qu'il avait découvert l'essentiel quant à la nature de la maladie.

« Il mit à découvert, écrit le rédacteur de ses leçons cliniques, l'aponévrose palmaire, et s'aperçut avec étonnement qu'elle était tendue, rétractée, diminuée de longueur; de sa partie inférieure partaient des espèces de cordons qui se rendaient aux côtés du doigt malade; en faisant exécuter des mouvements d'extension aux doigts, M. Dupuytren vit clairement que l'aponévrose subissait une sorte de tension de crispation : C'était un trait de lumière; aussi conjectura-t-il que cette aponévrose était pour quelque chose dans les effets de la maladie. Mais restait à trouver le point affecté; il coupa les prolongements qu'elle envoie sur les côtés des doigts; immédia-

tement la contracture cessa, les doigts revinrent au demi-quart de flexion; le moindre effort ramenait les phalanges à l'extension complète. »

L'évidence de ces constatations devait séduire d'autant mieux l'esprit des chirurgiens qui les avaient faites, que leur dessein était avant tout, beaucoup plus que de s'engager dans des discussions pathogéniques, de découvrir un traitement utile, capable de guérir ou au moins d'atténuer dans une mesure appréciable ces rétractions palmaires, susceptibles d'équivaloir à de véritables infirmités.

La maladie dite désormais de Dupuytren, se trouva donc être ainsi rangée d'office parmi les affections chirurgicales. Les résultats favorables, ou qui le paraissaient être dans les premières semaines, de quelques interventions, accentuèrent l'intérêt pratique de cette maladie, au point que l'on eût passagèrement tendance à en chercher des cas nouveaux avec activité, quitte à négliger visiblement plus d'une fois les rigueurs de l'examen clinique : Dans le *Fascicule d'observations sur la rétraction des doigts*, publié dans le *Journal Universel et Hebdomadaire* (1832), on ne peut retenir, sur 12 observations, que 4 d'entre elles qui aient été sûrement déterminées par une rétraction de l'aponévrose palmaire.

L'intérêt ainsi suscité par cette nouvelle maladie, obligeait son auteur à tenter l'ébauche de son histoire et à donner par conséquent au moins une opinion sur ses causes : Il invoqua les traumatismes répétés. Et ce fut le point de départ de la théorie traumatique de la rétraction palmaire, développée d'abord en 1832, dans les thèses d'Avignon de Morlac et de Lemoine-Mandet, puis

affirmée par Dupuytren dans ses leçons orales de clinique chirurgicale. Avignon de Morlac a soin de spécifier « que l'on avait successivement fait dépendre cette malformation palmaire d'une affection rhumatismale, goutteuse, d'une violence extérieure, d'une fracture, d'une cause morbifique qui se serait métastasée, comme cela arrive quelquefois à la suite d'inflammations des gaines, des tendons des muscles fléchisseurs, ou d'une espèce d'ankylose; mais bientôt, ajoutait-il, nous reconnaîtrons combien ces prétendues causes étaient peu fondées. »

Ce que montre le mieux la remarque de cet auteur, c'est qu'avant le travail de Dupuytren, les déformations les plus diverses des doigts étaient confondues.

Elle nous rappelle en outre que les médecins, de leur côté avaient l'occasion d'observer des rétractions palmaires. Mais ils avaient beau, dans cette époque, les étudier avec un esprit moins purement pratique que les chirurgiens, ils ne découvraient pas non plus le moyen d'expliquer cette maladie autrement que par une altération chronique ou inflammatoire, exclusivement locale du tissu fibreux; cela, même lorsqu'ils invoquaient leurs états diathésiques.

Une observation publiée par Guérin en 1843, montre combien le caractère éminemment local de la rétraction palmaire dominait les esprits. Cette observation, qui se trouvait être celle d'un cas rare, n'en était pas moins donnée pour une démonstration supplémentaire de ce caractère local de la maladie. Alors qu'en réalité, comme nous le verrons ultérieurement à propos du rhumatisme, le diagnostic de Maladie de Dupuytren devait être passible dans ce cas de quelques réserves.

Il s'agit d'une crise rhumatismale aiguë :

« Au poignet, écrivait l'auteur, la phlegmasie s'est étendue aux tissus fibreux de l'avant-bras et de la paume de la main, ainsi qu'au tissu cellulaire sous-jacent. Aussi y a-t-il eu, en ces divers points, douleur, chaleur, appel de fluides, lesquels se sont concrétés et ont formé sur le trajet des appendices digitaux de l'aponévrose palmaire, des bourrelets saillants et durs. En même temps, la peau s'est ridée dans le point correspondant au médius ; ce doigt s'est infléchi progressivement jusqu'à former un angle droit avec le 3e métacarpien; l'annulaire l'a suivi, puis enfin l'auriculaire a participé comme les deux autres doigts à ce mouvement de flexion forcée, mais à un moindre degré. Avec de pareils symptômes, il fallait se demander si c'était bien là la rétraction signalée par Dupuytren, ou bien s'il y avait rétraction des muscles fléchisseurs. Or, dans ce cas-là, le diagnostic est facile, et il suffit pour prononcer de faire fléchir la main sur le poignet; car alors, si l'on a affaire à une affection musculaire, les doigts repliés sont susceptibles d'un effort considérable, à moins d'adhérences des tendons aux gaines, tandis que s'il s'agit d'une rétraction de l'aponévrose palmaire, quoi qu'on fasse, les doigts restent fléchis d'une manière permanente. »

Guérin spécifie qu'il s'agit bien d'une semblable rétraction, apparue en même temps que le rhumatisme, et qui a cessé sous l'influence des moyens thérapeutiques alors habituels; un certain degré de flexion persista cependant après la disparition de la phase aiguë.

Morel-Lavallée rapporta, un an après la note de Guérin, dans sa thèse, un autre cas de rétraction palmaire au cours du rhumatisme aigu. Il ne parvint pas à sortir du cercle d'idées qui faisaient de la Maladie de Dupuytren une maladie exclusivement locale.

Mais nous dirions aujourd'hui que ces cas n'ont ni le caractère spontané, ni l'évolution progressive jusqu'à un

certain moment, des vraies maladies de Dupuytren. Il ne s'agit en somme que d'inflammations directes de l'aponévrose.

Ce que Dupuytren avait imposé, c'était la notion d'une maladie de l'aponévrose palmaire. Mais le reste demeurait confus.

Cette notion même d'une maladie particulière de l'aponévrose ne s'imposait pas aisément : Alibert, contemporain de Dupuytren, avait classé la rétraction palmaire parmi les dermatoses, et, en 1833, Jules Guérin, après avoir examiné l'un des malades qu'avait vu Dupuytren lui-même, n'hésitait pas à écrire en manière de conclusion à son sujet : « Sans nier absolument la participation du tissu cellulaire et de l'aponévrose, nous croyons cependant que l'affection principale était celle de la peau. » .

Depuis il se rangea sans doute à l'avis de Dupuytren, comme en témoigne l'observation plus haut rapportée. Et même, une fois engagé dans cette voie, il devait aller plus loin que les chirurgiens, dans sa conception de la maladie.

On devrait considérer peut-être en effet comme un très grand progrès, de notre point de vue actuel, le fait que Guérin, ultérieurement, à mesure qu'il observait davantage, ait été amené à créer la dénomination de « contracture essentielle des organes fibreux ». Elle impliquait d'abord, d'une manière définitive, une plus grande précision dans les examens cliniques, et le souci de différencier cette contracture de toutes les autres (par altération osseuses — rétraction cicatricielle — raccourcissement musculaire — toutes malformations dont les caractères

particuliers sont bien étudiés dans la thèse de Sabatier (1849).

Et par ailleurs elle transformait dans une mesure très importante le problème pathogénique : puisqu'elle tendait à faire purement et simplement de la maladie une maladie autonome, sans avoir recours à l'expédient d'étiologies traumatiques, reconnues très vite insuffisantes pour expliquer tous les cas.

Cette induction clinique de Guérin fut méconnue ou traitée dédaigneusement. Elle avait sans doute trop exclusivement les apparences d'une appréciation personnelle. On peut en juger par la critique de Sabatier qui semble rapporter l'opinion des contemporains (1849) :

« Quoique M. Guérin admette, disait-il, une contracture essentielle des organes fibreux, il apparaît certain que les flexions permanentes des doigts décrites par Dupuytren et Goyrand n'ont jamais été déterminées par une lésion des centres ou des conducteurs nerveux; au contraire, celles qui résultent du raccourcissement musculaire sont la conséquence d'une lésion de la moelle ou du cerveau ,et peuvent succéder à une lésion du nerf médian. Aussi toutes les fois que la déviation des doigts coïncidera avec une maladie nerveuse, matérielle ou dynamique, on sera en droit de croire à un raccourcissement musculaire et d'exclure celui des organes fibreux. »

Lorsqu'une semblable conception intervient aujourd'hui dans une discussion sur la pathogénie des maladies de Dupuytren, elle ne paraît pas très claire naturellement au premier abord : C'est qu'à l'époque de Sabatier et de Guérin, la notion de troubles trophiques d'origine centrale était inconnue, et on tenait seulement pour démontrées les contractures musculaires d'origine centrale; si Sabatier rejetait l'idée de contractures essen-

tielles du tissu fibreux en se conformant à cette opinion, Guérin n'osait pas de son côté la concevoir comme étant localisée exclusivement à l'épanouissement du tendon du petit palmaire; il se la figura comme une contracture plus étendue, susceptible d'intéresser les tendons et même les cloisons intra-musculaires. Aussi put-il conseiller des sections de tendons, à la racine des doigts, au poignet, et même à l'avant-bras, pour combattre la flexion forcée des doigts. Il tenta même, dans un ou deux cas malheureux, des sections musculaires.

Toutefois il n'est pas douteux, qu'avec cette notion de contracture essentielle du tissu fibreux, l'idée d'une origine centrale de la maladie de Dupuytren était ébauchée; mais elle était prématurée, perdue au milieu d'obscures discussions pathogéniques; son expression plus encore était défectueuse et elle passa pratiquement inaperçue.

Ces discussions peuvent au moins montrer à quel point la pathogénie proposée par Dupuytren restait contestée dans le temps même où le terme de « Rétraction de l'aponévrose palmaire » ou de « maladie de Dupuytren » était généralement admis.

Cependant les mots devaient finir par l'emporter : la question pathogénique était vraiment trop obscure dès que l'on ne se contentait pas de l'explication simple et pratique donnée par Dupuytren; on prit donc le parti de limiter provisoirement les recherches pathogéniques, en se fondant sur cette explication, et de considérer l'affection comme purement locale, en faisant appel aux dissections des anatomistes. Elles furent multipliées. On s'efforçait de comparer les dispositions normales du

tissu fibreux avec celles observées dans les cas de rétraction des doigts ; on voulut se mettre d'accord sur la part prépondérante des divers plans, cutané, sous-cutané, ou aponévrotique, avec la prétention de déterminer quel était le point de départ de l'affection. Goyrand, le premier, avait contesté le rôle essentiel de l'aponévrose ; Velpeau admit la transformation en brides fibreuses d'une partie des tissus sous-cutanés. Maslieurat-Lasgemard, Gerdy, s'efforcèrent de préciser la disposition de ces bandelettes et leur signification. Malgaigne, le premier, attribua la maladie aux altérations du derme. Personne ne put s'entendre, et sans mettre en doute les contributions anatomo-pathologiques importantes qui venaient ainsi de divers côtés, il nous paraîtrait aujourd'hui assez inutile de reprendre en détail l'examen de ces minutieux travaux d'anatomie. L'objection principale que l'on doive faire est qu'ils étaient presque toujours pratiqués sur des maladies avancées dans leur évolution : on suppléait par le raisonnement aux stades anatomiques que l'on n'avait pas sous les yeux, et c'était la connaissance réelle de ces stades qui eût importé. Faute de quoi, il faut bien reconnaître que les dissections, si nombreuses et attentives qu'elles aient pu être, n'aboutissaient guère qu'à juxtaposer des opinions.

Il se trouva sur ces entrefaites, que le perfectionnement des techniques histologiques acheva de consolider les théories pathogéniques locales. On crut pouvoir donner les preuves matérielles de l'action des traumatismes et des inflammations sur les tissus, jusqu'alors invoquée plutôt que démontrée. Les notions nouvelles de réactions inflammatoires évolutives, de transformation scléreuse

progressive des tissus, parurent expliquer cette curieuse maladie d'une manière d'autant plus évidente qu'elles relevaient de phénomènes biologiques très généraux. Aussi jugea-t-on, sous l'influence de ce nouvel état d'esprit, que l'ancienne méthode anatomique avait des limites bien étroites, alors que pourtant les examens microscopiques ne faisaient que reporter un peu plus loin dans l'intimité des tissus les mêmes difficultés à expliquer une affection que l'on s'obstinait à considérer comme essentiellement locale.

C'est en se figurant cet état d'esprit qu'il faut interpréter par exemple la thèse d'agrégation de Fort (1869).

Pratiquement, le problème des causes de la maladie de Dupuytren, non seulement demeurait, mais devenait plutôt presque de plus en plus incertain. C'est dans ces conditions que peu à peu, l'intervention des médecins devint prédominante, dans ce problème étiologique.

La thèse de Roques de Fursac est peut-être la dernière (1892) qui se présente sous la forme d'un travail chirurgical : Il y préconisait une méthode sanglante autoplastique, dont le principe avait été défini par les auteurs italiens.

Cette même année, mais à Lyon, Fasquelle soutint une thèse aussi sur le traitement chirurgical de la maladie.

Pour éviter les discussions étiologiques, il s'en tenait surtout à une classification anatomo-clinique des rétractions palmaires :

Forme aponévrotique : la vraie maladie de Dupuytren.

Forme cutanée (Streng-contractur d'Eulenburg).

Forme articulaire : car il avait remarqué dans un cas

qu'après section circulaire des tissus rétractés à la base du doigt, l'extension de celui-ci était demeurée impossible.

Ces distinctions ne pouvaient être reliées qu'indirectement au problème étiologique qui nous intéresse. Les deux premières peuvent n'être que deux stades évolutifs. La troisième est beaucoup moins importante. Ce travail était surtout chirurgical encore une fois, et traité du point de vue des ambitions thérapeutiques.

Avant d'en finir avec ce rappel bref des premières discussions étiologiques et pathogéniques sur la maladie de Dupuytren, il faudrait insister sur le fait que Dupuytren, Goyrand, les premiers, et d'autres chirurgiens par la suite, ont souvent constaté le caractère héréditaire ou congénital des rétractions palmaires : le fait était constaté, sans qu'ils aient pu l'intégrer dans leurs interprétations étiologiques.

Notons aussi, dès maintenant, que la coexistence d'autres altérations du tissu fibreux : Rétractions plantaires; indurations fibreuses des corps caverneux, avaient été notées en coexistence avec les rétractions dites de Dupuytren.

Mais ces faits ne nous paraissent prendre toute leur signification qu'après l'étude des étiologies proposées plus récemment, et qui permettent une conception plus nette des troubles trophiques d'origine centrale.

CHAPITRE II

CONCEPTIONS MEDICALES DE LA MALADIE DE DUPUYTREN

Si nous avons cru devoir esquisser une première période de l'histoire des rétracions palmaires, en la considérant comme une période chirurgicale par excellence, c'est que le point de vue opératoire la dominait absolument.

Dupuytren et Avignon de Morlac avaient repoussé formellement les interprétations médicales, alors que celles-ci, d'après leurs témoignages mêmes, avaient été invoquées par quelques observateurs auparavant.

Toutefois, diverses allusions ont été déjà faites à des observations de cette maladie, depuis eux, dans les cliniques médicales. Les hypothèses de Guérin ont été même indiquées avec quelque détail, si peu importantes qu'elles aient dû paraître à la généralité des auteurs, parce qu'elles permettaient de fixer l'attention sur une origine centrale éventuelle de la maladie, origine qui domine aujourd'hui le problème étiologique, et cela, sans troubler l'ordre chronologique de l'examen des faits et de la formation des idées.

Les chirurgiens avaient fait de cette affection une affection d'intérêt purement pratique, si l'on peut dire. Les médecins se donnèrent le rôle de poser avec plus d'indépendance d'esprit, le problème étiologique.

Il serait utile, pour plus de clarté, de distinguer d'emblée deux sortes de conceptions médicales des rétractions palmaires :

L'une se contente d'essayer des rapprochements entre l'apparition de cette maladie et l'évolution d'autres maladies générales : c'est le cas des théories diathésiques.

L'autre, et c'est la théorie nerveuse, raisonne directement de cause à effet, avec la précision clinique qui lui est propre, et souvent l'appoint de preuves matérielles.

Nous examinerons donc successivement :

Les travaux essayant d'établir que la maladie de Dupuytren est de nature diathésique.

Et ceux qui soutiennent son origine nerveuse :

Soit qu'il s'agisse d'altérations des nerfs périphériques; ou de lésions centrales : Si la paralysie générale et le tabès n'occupent parmi celles-ci qu'une petite place, la découverte des syringomyélies a complètement transformé la conception des rétractions palmaires.

I

LES THÉORIES DIATHÉSIQUES

Bien que des travaux récents, comme ceux de Gemmel (1902) les défendent encore, ce fut surtout entre 1860 et 1890 que la diathèse arthritique, le rhumatisme, la goutte et le diabète furent tenus pour les véritables causes de la maladie.

***

Les travaux qui plaident pour la goutte sont ceux :

De Menjaud (1861), de Largillière (1878), de Durel (1888), de Weintraut (1899), de Gemmel (1902).

On les mentionne volontiers, dans divers mémoires, comme comportant des conclusions définitives. Il nous semble, au contraire, qu'il y a intérêt à les soumettre à un rapide examen critique :

On doit se demander quelle est la valeur des faits, sur lesquels se fonde le diagnostic de goutte. Et se rappeler que les examens cliniques n'ont peut-être pas été toujours complets, ce qui laisserait un doute, un trouble nerveux ayant pu passer inaperçu.

La thèse de Menjaud a pour titre : *De la rétraction spontanée et progressive des doigts* dans ses rapports avec la goutte et le rhumatisme goutteux.

Cette appellation donne au moins la certitude que l'au-

teur n'apportera que des cas de véritables maladies de Dupuytren.

L'une de ses observations est toutefois empruntée à Plater (1614) : la description paraît bien être celle d'une rétraction palmaire ; mais la guérison aux eaux de Pouzzoles, en même temps que celle de douleurs rhumatismales, nous semble rendre difficile une interprétation rétrospective qui puisse être assez sûre.

La première observation de Menjaud peut se résumer de la manière suivante : Il s'agit d'un malade chez lequel l'affection a débuté vers l'âge de 45 ans, par la main gauche. La main droite fut déformée elle-même, 4 ans environ après ce début.

Le diagnostic de goutte se fonde sur la présence de douleurs ayant les caractères suivants :

« S'il n'y a pas de douleur continue, écrit l'auteur, il est important de noter qu'il survient des accès de douleur sous forme d'élancements, de frémissements, ou de démangeaisons ; sous l'influence des variations asmosphériques, de la chaleur du lit, la douleur est quelquefois assez forte pour réveiller le malade, surtout quand ses mains étaient restées sous les couvertures. Les douleurs, soit spontanées, soit provoquées, sont plus accentuées à droite et sur les points les plus récemment atteints.

Le père de ce malade avait présenté la même affection. Elle était survenue vers le même âge ; peu douloureuse, elle aussi, et ne le devenant que sous l'influence des variations atmosphériques ou des pressions au niveau des callosités.

La sœur de son père, sans profession manuelle, avait été affectée, elle aussi, d'une maladie de Dupuytren, apparue vers 50 ans. Qui plus est, le grand-père du malade avait vu la même infirmité survenir, alors qu'il était âgé de 40 ans environ. »

La deuxième observation consiste en une histoire

banale de rétraction bilatérale progressive, ayant débuté vers 50 ans.

Les arguments proposés en faveur de la goutte sont ceux-ci :

« Le malade appartient à une famille où la goutte est héréditaire. Sa mère a eu pendant de longues années des attaques de goutte; son père, que j'ai connu particulièrement, avait les articulations des doigts complètement déformées, et cela aux deux mains; il avait des tophi autour des têtes des petites et moyennes phalanges. M. D. est goutteux, mais à un degré moindre; il n'a pas de tophi, mais il a à chaque main, autour de la tête articulaire des dernières phalanges, des déformations caractéristiques; il éprouve, en outre, dans ces parties, des douleurs vagues qui reviennent à des intervalles variables; M. D. est en outre hémorrhoïdaire. »

La troisième observation est celle d'un malade chez qui, pour tout élément de diagnostic de goutte, on n'a que cette remarque :

« A plusieurs reprises, le malade a présenté aux orteils des signes manifestes de cette affection; il est en outre hémorrhoïdaire, et tourmenté de temps à autre par de la dyspepsie. »

La mère de ce malade présentait aussi une rétraction bilatérale. Elle avait, affirme l'observation, souffert de la goutte d'une façon incontestable.

Dans la quatrième observation, il s'agit d'une rétraction bilatérale progressive, chez un malade qui vint mourir d'une gangrène sénile des membres inférieurs dans le service de Moissenet, à Lariboisière. Menjaud se fonde sur la communication verbale de celui-ci, pour induire à une étiologie goutteuse :

« J'ai vu si fréquemment à la Salpêtrière, lui aurait dit Moissenet, les ossifications artérielles et les gangrènes séniles chez des

vieilles femmes qui présentaient ou avaient présenté des symptômes évidents de rhumatisme goutteux, que, même en l'absence de symptômes actuels et de renseignements précis dans le cas présent, je ne crains pas de rapporter ces lésions à la même diathèse. »

La cinquième observation est celle d'une rétraction progressive banale ayant débuté vers l'âge de 45 ans, chez un ancien colonial qui avait souffert de dysenterie, de paludisme, en Afrique, sans avoir présenté jamais aucune diathèse. Ce dernier fait suffirait à rendre singulière la présence de cette observation dans la thèse de Menjaud; or, par surcroît, la mère de ce malade avait une maladie de Dupuytren.

On trouve, dans la thèse de Largillière, une observation originale de maladie de Dupuytren, à caractère héréditaire, chez des goutteux : Le malade a 53 ans; les deux mains ont été prises simultanément, il y a deux ans. Au niveau des petites articulations des doigts, dans l'une et l'autre main, existent des dépôts tophacés remontant à 3 ans, mais bien diminués depuis 2 ans environ. Depuis 2 ans également, douleurs intermittentes dans les grandes articulations des membres supérieurs, à l'épaule surtout; elles revêtent parfois une extrême acuité.

Par conséquent, les rétractions sont apparues un an après les tophi, en même temps que les douleurs articulaires.

L'évolution, lente au début, a fait des progrès rapides depuis 6 mois; la mère de ce malade, morte à l'âge de 89 ans, avait présenté des tophi et aussi une flexion permanente de l'annulaire de la main droite.

Mme B., fille de ce malade, ressent fréquemment des douleurs vives dans la paume de la main et dans le coude, et, d'après une personne compétente (nous n'avons pas, dit l'auteur, eu l'occasion d'examiner nous-mêmes Mme B.), elle serait également atteinte d'une rétraction palmaire commençante.

Chevrot, dans une thèse postérieure de quelques années (1882), signale qu'Adams et Paget incriminent plus spécialement la goutte, et surtout la forme rhumatismale, qui attaque plusieurs articulations, pour établir la pathogénie de la maladie de Dupuytren.

Durel (1888) rapporte l'histoire d'un homme, qui employa plusieurs heures dans la journée, à la veille d'une chasse, à charger des cartouches. Il finit par éprouver une douleur violente dans la paume de la main droite, dont les tissus profonds s'œdématièrent avec une extrême rapidité. Une rétraction aiguë de l'aponévrose palmaire évolua dans les jours qui suivirent. Et Durel spécifie que cet homme n'avait pas présenté d'accidents goutteux personnels; il n'en était pas moins d'une famille de goutteux; l'auteur n'hésite pas à incriminer comme cause prédisposante à la rétraction palmaire aiguë d'origine traumatique, l'hérédité diathésique. Mais cette rétraction diffère tellement par son évolution de celle de la Maladie de Dupuytren véritable, que l'on devrait hésiter, il est vrai, à la compter comme telle.

A côté de ce cas, d'un caractère très particulier, Durel en décrit un autre : des nodosités sont apparues d'abord chez le malade dans les paumes des mains. Et 10 ans après, « à la suite d'une grande fatigue, un léger accès de goutte survint dans l'orteil droit. »

Le cas de Weintraut (1899) est emprunté à son mémoire sur la goutte (1).

« Une rétraction s'est installée chez un homme de 70 ans, sans cause apparente. La flexion des doigts s'effectuait surtout au niveau de l'articulation metacarpo-phalangienne, de telle sorte que les doigts contractés étaient fortement fléchis dans le creux de la main. Le pouce, en abduction, reposait la plupart du temps sur les doigts; souvent aussi il s'enfonçait dans le creux de la main. On pouvait écarter passivement les régions contracturées, sans résistance articulaire, et d'une manière douloureuse pour le malade. A l'avant-bras, la musculature était atrophiée, de même que celle des petits muscles de la main; sans réaction de dégénérescence. Les réflexes étaient un peu vifs. Il n'y avait pas de troubles de la sensibilité. Rien de remarquable au niveau des articulations si ce n'est peut-être un petit épaississement de l'articulation de l'index. Il n'y avait aucun symptôme du côté des articulations, jusqu'à ce que, après quelques mois, sans trauma ni aucune autre cause, l'articulation de l'index gauche se soit mise à enfler soudain. Le patient mourut plus tard d'une pneumonie. L'autopsie ne montra aucune lésion, ni dans la moelle, ni dans les nerfs, qui pussent expliquer l'origine nerveuse de la contracture. Mais en revanche, on constata la présence d'acide urique dans les articulations des orteils, et en particulier dans l'articulation de l'index gauche qui avait été enflammée. »

Deux cas, publiés par Gemmel, d'autre part, sont les suivants :

Cas I. — M. K., de D., 51 ans, à la ménopause, sans enfants. Depuis 1884, épaississement des dernières articulations des doigts. Depuis 8 semaines, douleurs dans le talon. Les parents étaient goutteux. Indolence. Appétit modéré. Urine trouble. Densité 1023, sans albumine, ni sucre; abondance d'acide urique.

En 1893, sévère rhumatisme articulaire aigu, mais sans séquel-

(1) C'est à dessein que nous rapportons intégralement la description de la flexion permanente des doigts.

les. Dans les mains, douleurs, sensations de brûlures, rougeurs passagères, picotements et enflure de la paume. Les douleurs remontent le long du bras jusqu'à l'épaule, et rayonnent de là vers le thorax. Douleurs sous le talon, et dans les articulations plantaires; fréquemment aussi, crampes dans les mollets.

Actuellement, les articulations extrêmes des doigts sont épaissies; l'espace qui s'étend du tendon d'Achille à la tuberosité talonnière est un peu douloureuse à la pression. Le cœur est normal; les bruits sont seulement un peu sourds. Dans les deux paumes des mains, symétriquement, suivant la ligne des tendons du 4e doigt, petits épaississements, avec callosités, formant cordon. Les épaississements de la peau ne sont pas très durs; l'épiderme à leur niveau tend à s'exfolier. Les tendons du 4e doigt ne sont pas raccourcis, et le doigt lui-même est extensible et se meut librement. Par une palpation attentive on s'aperçoit que les épaississements, qui présentent des tuméfactions articulaires, siègent seulement dans la peau. Les antécédents héréditaires, de même que l'histoire clinique antérieure, parlent aussi en faveur de la goutte, de la diathèse uratique...

Cas II. — M. N., de Rh., début de rétraction vers 40 ans.

L'hérédité chargée n'était pas vraisemblable. L'examen antérieur des urines avait montré la présence d'acide urique en abondance. Lorsque je l'examinai d'autre part, je constatai à nouveau cette abondance.

Depuis un an environ, ce malade avait une sensation de fourmillements dans la plante des pieds, qui gênait la marche. Des bains salés et chauds, et un peu de massage, avaient un peu amélioré cet état, au point que les fourmillements douloureux n'apparaissaient plus qu'après une marche ou une station debout prolongée. Le malade était chasseur et cavalier; depuis six mois environ, le 4e doigt de la main droite commençait à se fléchir dans le creux de la main, flexion s'effectuant dans l'articulation metacarpo-phalangienne. Peu de temps après, la même déformation survenait aussi à la main gauche. A droite, le 5e doigt, puis le 3e, se fléchirent, tandis qu'à la main gauche, le 4e et le 5e doigts continuèrent à se fléchir seuls.

Les causes de cette déformation n'étaient pas apparentes...

Tous les organes étaient sains. Au niveau des articulations, particulièrement de l'articulation métacarpo-phalangienne du doigt courbé, il n'y avait pas d'altérations remarquables. Aux pieds on constatait, à droite plus qu'à gauche, sur le bord interne, l'existence de cordes que l'on pouvait palper. Au niveau des 4e et 5e doigts des deux mains, et aussi au niveau des trois autres, à droite, il y avait des altérations comme on en voit au début de l'évolution de la maladie de Dupuytren.

Ce cas présente les symptômes habituels de la contracture de Dupuytren. Il est seulement remarquable qu'ici aucun signe certain d'une maladie goutteuse et aucune tare héréditaire n'existaient; on pouvait remarquer seulement la grande quantité d'acide urique dans l'urine : Pour cette raison, ce cas pourrait servir d'exemple en faveur de cette opinion que la diathèse uratique seule peut entraîner la contracture de Dupuytren alors que d'autres causes de sa présence ne sont pas décelables. »

Parmi ces 11 cas principaux proposés pour démontrer les rapports de la goutte et de la maladie de Dupuytren, il en est deux que nous éliminons :

Le 5e cas de la thèse de Menjaud, où l'auteur spécifie lui-même qu'aucune diathèse n'a jamais été observée.

L'observation n° 4 de la même thèse, où l'on se fonde pour établir l'étiologie goutteuse sur l'opinion de Moissenet déjà rapportée et dénuée de toute rigueur.

On pourrait sans inconvénient éliminer l'observation du chasseur de Durel.

Si l'on ne veut retenir que des observations où les signes certains de goutte puissent être comptés, il nous semble que l'on doive choisir :

La deuxième observation de la thèse de Menjaud, où la goutte héréditaire est établie sur le diagnostic de Tophi chez les parents, et de déformations qualifiées de caractéristiques chez le malade lui-même, sans que l'on

ait le droit de mettre en doute rétrospectivement l'opinion des observateurs.

La 3e observation de la même thèse. Des signes manifestes de goutte étant affirmés chez le malade aussi bien que chez sa mère, sans que l'on puisse les récuser.

L'observation de Largillière, où la présence de dépôts tophacés est signalée dans les petites articulations des doigts. La mère du malade avait présenté, elle aussi, des tophi.

Notons que rien ne permet de supposer, à la lecture de ces documents, qu'il y ait eu confusion entre des tophi et les nodosités sous-cutanées de la maladie de Dupuytren, comme il arriva dans une séance de la Société de Médecine de Paris en 1830 : Au cours d'une discussion sur la nature de la Rétraction palmaire, à laquelle prenaient part Gendrin, de Lens, Sandras, on mit en cause l'influence de la goutte, et on n'hésita pas à considérer comme des tophi les nodosités situées au long de la bride aponévrotique (1).

Signalons aussi, d'autre part, que dans un travail très récent, Ali Krogius (1921) a signalé un certain parallélisme entre la transmission héréditaire de la maladie de Dupuytren pendant plusieurs générations, dans une même famille, et celle « de nodosités aux doigts qui étaient des renflements articulaires ».

Cela n'infirme pas les diagnostics de Menjaud et de

---

(1) Rapporté par Costilhes.

Depuis cela, Neutra, dans son travail de 1901, a signalé que Cockwood avait trouvé dans un cas des cristaux d'urates dans les cordes palmaires elles-mêmes. Cet unique fait ne paraît pas très démonstratif ; il peut s'agir d'une coïncidence entre la goutte et la maladie de Dupuytren, et d'un dépôt local d'urates.

Largillière, mais permet d'insister malgré tout sur l'attitude réservée que l'on est en droit d'avoir.

A côté de ces trois observations où on n'a pas de raison impérieuse de refuser le diagnostic de goutte, au premier abord, il en est d'autres — celles qui restent encore — où les preuves nous paraissent d'emblée insuffisantes :

Celle de Weintraut soulève une objection, même en dehors du problème de la goutte : la contracture des doigts est minutieusement décrite, et *les cordes palmaires ne le sont pas*. C'est peut-être le seul cas où cet oubli essentiel ait été relevé par nous : on peut douter qu'il s'agisse d'une vraie maladie de Dupuytren. Des rétractions fibreuses ne peuvent-elles pas être consécutives à toute immobilisation prolongée des articulations?

Pour ce qui concerne la preuve de la goutte, faite par ailleurs dans cette observation, en se fondant sur la présence d'acide urique dans quelques articulations, elle paraît obliger à beaucoup de réserves. Aucun renseignement n'étant donné sur la technique employée pour cette recherche post-mortem, et, qui plus est, chez un malade qui venait de mourir de pneumonie. — Une inflammation de l'articulation de l'index gauche avait toutefois été notée.

Les deux observations de Gemmel, où le diagnostic de goutte se fonde exclusivement sur la constatation d'un taux élevé d'acide urique dans l'urine ne sont, de prime abord, nullement convaincantes.

Dans le cas de Durel, où le diagnostic de la diathèse est établi sur l'apparition d'un léger accès de goutte

dans l'orteil droit, à la suite d'une grande fatigue, et dix ans après le début de nodosités palmaires, la conviction paraît demeurer également difficile à entraîner.

Ce premier choix étant fait entre les documents où l'existence de goutte est plausible, et ceux où elle est douteuse, il faudrait mettre en évidence ce fait que plus d'une fois l'argument principal invoqué en faveur de l'étiologie goutteuse, se trouve être, au fond, l'hérédité.

Dans quelques-unes, c'est bien l'hérédité goutteuse proprement dite qui se trouve être invoquée.

C'est le cas de l'observation de Largillière où des tophi existent dans deux générations, en même temps que les rétractions de l'aponévrose.

Dans la 3e observation de Menjaud, où les signes de goutte auraient existé chez le malade et sa mère en même temps que la maladie de Dupuytren, également.

Dans ces deux cas, goutte et rétraction de l'aponévrose sont hériditaires simultanément.

Il est d'autres observations où l'hérédité du terrain goutteux seule, est invoquée, la rétraction n'apparaissant chez un individu, que par hasard, comme accident isolé : ce serait le cas du chasseur de Durel, si on ne veut pas l'éliminer.

La 2e observation de Menjaud appartiendrait aussi à ce groupe : la goutte seule y est héréditaire, mais non la maladie de Dupuytren.

Ces observations relèvent en tout cas de l'hérédité goutteuse proprement dite.

Or, il en va tout autrement du premier malade de

Menjaud, qui fut pourtant considéré à plus d'une reprise dans la suite, comme le modèle des maladies de Dupuytren liées à une hérédité diathésique : Il suffit de relire ce document pour se convaincre qu'il s'agit, en réalité, d'une hérédité restreinte, tout au contraire, ne portant que sur la rétraction palmaire. Ce qui est même le plus curieux, c'est que visiblement, cette hérédité a influencé plus que le reste, et sans qu'il se défendit, par un souci critique suffisant, l'esprit de Menjaud. Si bien que c'est, au fond, parce qu'il crut remarquer la fréquence relative des maladies de Dupuytren héréditaires qu'il se confirma dans sa croyance à leur origine diathésique. Il était en cela d'accord avec les idées de son temps.

Ces quelques remarques pourraient peut-être faire sentir que les rapports de la goutte et de la maladie de Dupuytren qui semblaient devoir être simples à première vue, le sont moins que l'on pouvait croire.

D'ailleurs, même après les premières observations qui parurent à certains établir sérieusement l'étiologie goutteuse, quelques auteurs se réservaient. C'est ainsi que Lancereaux, dans son *Traité de l'herpetisme* (1882), rejetait purement et simplement l'étiologie goutteuse :

« Il ne s'agit pas de goutte, écrivait-il, puisque jusqu'ici il n'a été trouvé aucun dépôt uratique dans les articulations des malades atteints de rétraction palmaire. »

Sa pensée était que beaucoup de rhumatismes dits goutteux ne sont en réalité, que des rhumatismes chroniques déformants.

« La rétraction de l'aponévrose palmaire, disait-il au début de son chapitre, de même que l'arthrite déformante. »

Or, il tendait à considérer celle-ci déjà comme un trouble trophique d'origine centrale. Et bien que ce détail ne soit pas en rapport direct avec la discussion étiologique qui nous occupe en ce moment, rappelons qu'il n'hésitait pas à écrire à la même place, au sujet de la rétraction des doigts :

« La symétrie de cette affection, son siège et l'état névropathique des individus qui en souffrent nous paraissent rendre vraisemblable son origine nerveuse. »

Aussi la décrivait-il parmi ces troubles trophiques, au nombre desquels étaient déjà comptées les arthropathies indolentes que l'on devait rapporter plus tard au tabes ou à la syringomyélie. Nous retrouvons donc ici, pour la première fois depuis l'intuition confuse de Jules Guérin, l'idée d'une origine nerveuse centrale de la maladie de Dupuytren.

Mais pour revenir aux discussions sur la goutte, nous croyons trouver dans des connaissances plus récentes, quelques arguments qui risquent d'affaiblir encore cette pathogénie : ou tout au moins de rendre très circonspect dans l'appréciation de l'étiologie goutteuse.

On sait, en effet, que des douleurs, et aussi des arthralgies, accompagnent souvent l'évolution de la maladie de Dupuytren. Elles ont été notées depuis longtemps, et on doit se demander si elles n'ont pas pu contribuer indûment dans quelques cas à poser le diagnostic de goutte.

Dans la première observation de Menjaud, par exemple, il est question d'accès douloureux sous forme d'élancements, de frémissements, de démangeaisons;

les douleurs sont tantôt spontanées, tantôt provoquées, et elles sont plus accentuées sur les points les plus récemment atteints par l'évolution de la rétraction palmaire.

Les douleurs intermittentes dans les grandes articulations du membre supérieur, surtout de l'épaule, avec paroxysmes, que signale Largillière dans sa thèse, ont aussi des caractères bien particuliers. De même que ces vives douleurs dans la paume et dans le coude, mentionnées par lui chez la fille de ce malade, affectée de rétraction palmaire à son début.

Gemmel, de son côté, notait l'existence de douleurs dans les mains, avec sensations de brûlures, rougeurs passagères, picotement et enflure de la paume.

Si prudent que l'on doive être dans ces jugements rétrospectifs, il ne nous paraît pas démontré que ces douleurs aient davantage le caractère de douleurs de la goutte que de douleurs nerveuses d'origine centrale, aujourd'hui mieux connues.

Un autre fait, qui contribue encore à laisser subsister un doute sur la valeur de ces observations, c'est l'absence d'examens neurologiques. Sans doute, ils auraient pu être pratiqués, et être demeurés négatifs, sans que l'on puisse rejeter une lésion centrale telle qu'un petit processus syringomyélique par exemple; tout dépend de l'époque à laquelle le malade est examiné. Mais l'absence de ces recherches est une lacune. Il est vrai qu'on la conçoit pour les observations plus anciennes, bien que cependant la chance paraisse au moins avoir peu favorisé les observateurs. A l'époque du travail de Menjaud, par exemple (1861), les travaux de

Duchenne sur les amyotrophies progressives et l'électrisation des nerfs avaient fini, quoique avec beaucoup de peine, par s'imposer : la coexistence d'une rétraction palmaire avec une atrophie des petits muscles de la main, aurait pu être constatée. Ces faits sont assurément assez rares, et tout se passe même comme s'ils l'étaient extrêmement quand l'attention n'a pas été, une première fois, fixée sur eux. Par ailleurs, Duchenne avait découvert le syndrome clinique de la syringomyélie, avant que l'on en ait connu le substratum anatomique. On eût été en mesure de noter, par conséquent, à l'occasion, une coïncidence entre la maladie de Dupuytren et des troubles de la sensibilité.

Il est regrettable que l'observation de Weintraut ne soit pas sûrement celle d'une vraie maladie de Dupuy tren. Elle était la plus complète.

Quant à Gemmel, il a négligé les examens neurologiques, et on est en droit de s'en étonner, étant donné la date de ses travaux.

Pour terminer cette discussion sur l'étiologie goutteuse, rappelons qu'outre leur effort pour apporter des preuves directes de cette pathogénie des rétractions palmaires, certains auteurs ont voulu frapper l'esprit en publiant des statistiques. Etant donné les réserves que nous avons faites sur la valeur d'un certain nombre d'observations, une semblable tentative nous paraît être un peu illusoire. D'ailleurs, les statistiques sont peu concordantes : Gemmel, sur 800 cas de goutte, prétend avoir observé 25 fois des rétractions palmaires.

Keen veut avoir trouvé, sur 48 cas de maladies de

Dupuytren, 42 cas où on observait des douleurs goutteuses.

De semblables discordances dispenseraient peut-être, à elles seules, d'aller plus loin.

On pourrait rappeler toutefois, à ce propos, que Noble Smith, dans une statistique plus ancienne (1855), portant sur 70 cas, rejetait l'influence de la goutte et du rhumatisme, bien que 6 femmes et 20 hommes aient accusé des antécédents rhumatismaux, et 3 hommes, la goutte.

*
**

La plupart des critiques soulevées à propos de l'étiologie goutteuse, valent naturellement pour l'étiologie rhumatismale. Nous n'en reprendrons pas l'analyse détaillée.

Si nous laissons de côté le cas de rétraction aigue chez un rhumatisant, observé par Jules Guérin, et que nous avons déjà rapporté, les documents principaux sur le rhumatisme sont constitués par : les thèses de Roque, de Baillod surtout, de Largillière, de Chevrot.

Roque (1872) rapporte l'histoire d'un malade du service de Richet, présentant une rétraction de l'aponévrose, cocher de son métier, âgé de 31 ans, et « ayant eu des accidents rhumatismaux avec une névralgie intercostale ». La filiation chronologique entre les divers accidents n'est pas indiquée.

L'auteur ne semble pas avoir d'opinion ferme, d'ailleurs ni d'observations personnelles très démonstratives :

« Quant au rhumatisme, écrit-il, on trouve des observations si nombreuses où l'on n'en rencontre aucune trace, qu'on pourrait, je crois, émettre quelques doutes sur son influence; cependant comme je ne connais pas de preuves pour me prononcer catégoriquement, je réserve mon jugement, et je me borne à croire qu'il y a, même dans ces cas où l'affection qui nous occupe pourrait être rhumatismale, une prédisposition particulière, sans laquelle la maladie ne se serait pas développée.

Différente, est l'opinion de Baillod (1877). Il déclare que sur 33 observations venues à sa connaissance, le rhumatisme articulaire a été noté 7 fois.

« Ce chiffre, ajoute-t-il, est au-dessous de la vérité, car un grand nombre des observateurs n'ont pas fait d'enquête sur les antécédents des malades. »

Parmi ses 7 observations, 2 ont été vues déjà :

Celle de Guérin et celle de Roque.

Une 3e est empruntée au Médical Times. Il s'agit d'un malade âgé de 52 ans, et chez lequel la rétraction a débuté vers l'âge de 41 ans. Il fut atteint à 46 ans de rhumatisme articulaire; par conséquent, après le début de la rétraction, et vraiment on a le droit d'hésiter beaucoup à établir une relation entre la maladie du tissu fibreux de la main et des flexions articulaires aigues ultérieures.

Une 4e observation indique que le malade avait eu des douleurs articulaires aigues à une époque indéterminée et que ses parents étaient rhumatisants; tous les renseignements demeurent vagues, par conséquent.

Trois autres observations sont publiées *in extenso* :

Dans la première, le début de la rétraction palmaire remonte à 8 ou 9 ans.

« Le malade l'attribue à des attaques répétées d'inflammation rhumatismale qui ont atteint particulièrement les articulations de la main; celles-ci sont devenues roides et incapables de s'étendre complètement; cela a duré un certain temps, après quoi la rétraction a commencé. Le malade, ajoute l'auteur, a été sujet au rhumatisme toute sa vie. »

Il peut s'agir visiblement dans ce cas, autant de simples rétractions fibro-tendineuses que d'une vraie maladie de Dupuytren.

La 2e observation paraît obliger à beaucoup de réserves. Il s'agit d'un maître plâtrier, de 64 ans, qui présente une rétraction des doigts des deux mains, dont le début remonte à 16 ou 17 ans.

« Avant le commencement de la rétraction, il a été sujet à de fréquentes attaques de rhumatisme, qui ont atteint particulièrement les jointures des poignets; la douleur y a été réellement très vive. L'aponévrose palmaire, aujourd'hui épaissie, n'a jamais été le siège de fortes souffrances. Les téguments et les parties sous-jacentes de la paume des deux mains sont convertis en un tissu dur et inextensible, à surface irrégulière et profondément fissurée.

Un fait singulier : Chez cet homme, on ne voit pas de cordon fibreux produisant plus particulièrement la contraction de l'indicateur, comme on l'observe dans la plupart des cas. Tous les doigts sont également contractés. Les plus légères tentatives d'extension causent une douleur intolérable dans les articulations. »

L'absence de cordons sous-cutanés et aponévrotiques, le caractère éminemment articulaire des lésions, l'épaississement considérable de la peau chez un maître plâtrier, sont à l'encontre du diagnostic de maladie de Dupuytren vraie : On peut se souvenir que Malgaigne avait décrit l'épaississement de l'épiderme, et la flexion progressive des doigts chez les plâtriers, même sans

qu'il y eut de rétraction de l'aponévrose proprement dite.

La 3e observation est empruntée aux cliniques de la Charité, de Jaccond.

« Le malade est un homme de 29 ans, qui a subi 6 attaques de rhumatisme articulaire. Les quatre premières ont été remarquables par leur violence, leur conformité au type classique; les deux dernières l'ont été par leur durée, leur irrégularité. La cinquième attaque a duré cinq mois, comme la sixième, dont elle n'est séparée que par un intervalle de quelques semaines. La fièvre n'a persisté que pendant deux ou trois semaines, au début de l'attaque, alors que l'inflammation occupait en même temps les grandes et les petites articulations; elle a été très modérée. Après cette courte phase subaiguë, les grandes jointures ont cessé d'être douloureuses; la fièvre est tombée; les petites jointures des doigts et des pieds sont restées seules malades, durant les quatre derniers mois de l'attaque. La sixième atteinte a été tout à fait semblable à la 2e période de la cinquième, à un détail près, c'est que les coudes sont restés douloureux aussi longtemps que les petites articulations. Dès le 3e mois de sa cinquième atteinte, le malade s'est aperçu que ses doigts et ses orteils se déformaient, et prenaient dans le repos des positions singulières. Pendant un certain temps il a pu rectifier ces déformations, mais plus tard elles sont devenues permanentes, et alors même qu'il ne souffrait plus, il lui a été impossible de les corriger. La 6e et dernière atteinte a nécessairement exagéré tous ces phénomènes, et depuis sa terminaison, c'est-à-dire depuis 7 à 8 mois, le patient est réduit à la triste condition que l'on observe :

Suit la description d'une rétraction de l'aponévrose typique, avec, en plus, déviation des doigts vers le bord cubital de la main, comme on le voit dans les déformations dues au rhumatisme noueux.

L'auteur, commentant son observation, indique que la nature rhumatismale de la rétraction n'est pas dou-

teuse. Mais ce que l'on doit remarquer, c'est que la rétraction semble bien s'être produite grâce à la contiguité du tissu fibreux et des articulations enflammées, comme dans le vieux cas de Jules Guérin. Il s'agissait donc d'une origine inflammatoire purement locale.

On pourrait en somme, nous semble-t-il, hasarder l'opinion que ces observations ne sont pas très probantes : Les rétractions, lorsqu'elles existent nettement, n'ont pas le caractère de spontanéité, d'évolution chronique, de la maladie de Dupuytren vraie.

Le rhumatisme aigu est indiscutable dans plusieurs cas : Celui de Guérin, de Roque emprunté au service de Richet, le 5e cas de Baillod, celui de Jaccoud. Mais il n'en est pas nécessairement ainsi pour le reste ; et le travail de Baillod est intéressant à ce point de vue, car l'auteur s'est efforcé de faire sentir le flottement qui existait à son époque dans les idées sur le rhumatisme.

« Après avoir cité, écrit l'auteur, les observations qui établissent la parenté étroite du Rh.A. et la rétraction des doigts, il nous reste à donner les faits, où le rhumatisme articulaire ayant fait défaut, nous n'en conclurons pas moins à la nature rhumatismale de la maladie que nous étudions. Nous avons exposé précédemment notre méthode, qui doit être suivie dans ces cas : En l'absence de rhumatisme articulaire aigu, on doit rechercher si le sujet atteint de rétraction de l'aponévrose n'a pas eu quelques-unes des manifestations abarticulaires qui permettent de le classer parmi les rhumatisants. Ces manifestations n'ont une valeur certaine, pour la détermination de leur nature rhumatismale, que lorsqu'elles sont réunies plusieurs ensemble. »

Baillod considère que deux observations de Menjaud, déjà rapportées, répondent à cette éventualité : les 4e et 5e. Nous n'y reviendrons pas. Elles ne nous parais-

sent pas plus concluantes ici qu'elles ne l'étaient pour la goutte.

L'auteur y joint deux observations originales; qu'il juge être démonstratives : ce sont celles de deux frères.

Le commentaire de la 1re est le suivant :

« Le sujet est asthmatique, hémorrhoïdaire; il a fréquemment des douleurs musculaires; il a souffert très légèrement dans les jointures de la main (cela vingt ans avant le début de la rétraction palmaire.) Ces caractères nous suffisent pour que nous rattachions la rétraction des doigts à leur cause commune : le rhumatisme. »

Quant à la seconde :

« Mêmes remarques, écrit l'auteur, L. B. n'a pas eu de rhumatisme articulaire. Mais la sciatique, la gastralgie, la migraine, les douleurs musculaires, en font un rhumatisant des mieux caractérisés. »

Ces malades étaient deux frères. Le début de la maladie s'était fait dans les deux cas par des élancements, et des sensations de brûlure, dans la main; le problème de la congénitalité de la maladie de Dupuytren et de ses caractères de maladie d'origine nerveuse, nous paraît se poser beaucoup plus impérieusement que celui de son origine rhumatismale.

Largillière dans sa thèse (1878) a proposé dans 5 cas une étiologie rhumatismale: nous ne les détaillerons pas. Elles sont passibles des mêmes critiques générales que les autres.

Chevrot (1882) fait mention d'un nouveau cas de rétraction ayant évolué d'une manière aigue au cours de rhumatismes articulaires du poignet et des articulations des doigts; il doit donc être placé à côté de ceux iden-

tiques de Jules Guérin et de Baillod. Nous avions remarqué, à propos de ceux-ci que, par leur évolution aigue, ces rétractions ne méritaient sans doute pas, à proprement parler, le nom de maladie de Dupuytren.

*
**

Quelques travaux ont été consacrés aux rapports de la maladie de Dupuytren et du diabète :

La thèse d'agrégation de Dreyfous (1883). Une note de Cayla (1873). La thèse de Viger (1884). Celle de Costilhes (1885) où une observation est publiée. Une communication de Maréchal, à la Société belge de neurologie (1899).

La remarque de Dreyfous, dans un chapitre, sur *Les troubles trophiques du diabète* est très courte :

« C'est peut-être à des troubles trophiques, écrit-il, qu'il faut rattacher un fait qui n'est pas signalé par les auteurs, et que M. Dreyfus-Brissac le premier a observé chez deux diabétiques : la rétraction de l'aponévrose palmaire. Ce phénomène lui a permis dans un cas de reconnaître un diabète jusque-là resté tout à fait latent (communication orale). Nous avons retrouvé dans l'ouvrage de Marchal de Calvi une observation qui pourrait s'ajouter à celles de M. Dreyfus-Brissac. Quelle est la pathogénie de cette affection? Beaucoup d'auteurs rattachent la rétraction palmaire à l'arthritisme, qui serait alors le trait d'union entre elle et le diabète. On peut encore admettre une influence trophique des centres nerveux : témoin ce malade de M. Dreyfus-Brissac qui était atteint en même temps d'un mal perforant du pied. »

(Notons qu'un peu auparavant, Dreyfous avait signalé la coexistence dans un cas de diabète et de maladie de Reynaud).

L'auteur n'essaie pas trop de s'expliquer sur la pathogénie de ces troubles trophiques, ni sur celle de la rétraction des doigts. Il se contente de rapporter en somme de rares coïncidences cliniques qui, à défaut d'examens complets et de preuves matérielles, ont l'intérêt sans doute, mais aussi la très relative valeur de ces sortes de coïncidences.

Cette remarque peut valoir pour les observations que nous allons signaler.

Cayla avoue lui-même que la thèse de Menjaud avait paru plaider en faveur de l'étiologie diathésique des rétractions palmaires. Et comme il n'avait invoqué que la goutte, on trouva qu'une lacune subsistait, faute de diabétiques.

Dans sa note publiée par la *Gazette hebdomadaire* de 1883, il rapporte l'histoire d'un médecin de New-York atteint depuis plusieurs années, d'un diabète sucré d'origine nerveuse.

Les accidents, écrivait-il, dus à son affection, qui avaient présenté au début une intensité considérable, étaient presque nuls à ce moment. La glycosurie était descendue à un taux très faible, l'état général était satisfaisant. En nous énumérant les diverses particularités qu'avait présentées sa maladie, notre confrère attirait plus spécialement notre attention sur l'état de la peau de la face palmaire des mains. Elle donnait au toucher une sensation de sécheresse spéciale, et l'on sentait quelques nodosités qui se dirigeaient vers les doigts medius et annulaire, lesquels présentaient un léger degré de flexion. Il y avait deux ans environ que l'attention de notre confrère avait été attirée sur cette altération et il était évident pour lui que la flexion des doigts s'accusait de plus en plus. Il nous affirma, en outre, avoir assez souvent rencontré pareille altération chez les nombreux diabétiques qu'il

voyait à New-York; il avait cru remarquer que l'affection était plus fréquente encore chez les malades atteints de diabète insipide. Après examen, il devint évident pour nous que notre confrère était atteint d'un commencement de rétraction de l'aponévrose palmaire. »

Nousn'avons trouvé nulle part de documents permettant de confirmer la très grande fréquence, à New-York, de maladies de Dupuytren chez les diabétiques.

C'est à Viger que Cayla donna ses observations, pour avancer l'hypothèse de rétraction palmaire chez les diabétiques.

Celui-ci, après avoir rappelé que Marchal de Calvi avait noté, chez un homme de 60 ans, la coïncidence du diabète et de la maladie de Dupuytren, a rassemblé 8 observations (7 en exceptant celle du médecin américain). Malheureusement, il n'y a dans aucune d'elles, d'examens complets des malades. Ce sont de courtes notes où sont signalées, en somme, des coïncidences. Un essai pathogénique aujourd'hui désuet occupe aussi de la place dans ce travail.

Les observations ont été recueillies dans divers services, au cours de 3 années environ.

Pour la 1re observation, celle d'un malade qui n'avait ni goutte, ni rhumatisme, en plus de son diabète, la conclusion de Viger est la suivante :

« La rétraction de l'annulaire est ici bien manifeste, l'observation ne dit malheureusement pas à quel moment précis les premiers symptômes sont apparus, mais ils sont en tous cas sous la dépendance d'un état diathésique, la profession du malade étant manifestement insuffisante à les expliquer. »

La 2e observation est, en réalité, celle d'un cas de maladie de Dupuytren héréditaire.

La 3e observation est celle d'un négociant (70 ans), chez qui le diabète avait été diagnostiqué deux ans auparavant. C'était à ce même moment qu'avaient commencé de paraître les signes non douteux d'une rétraction de l'aponévrose.

« Le traitement fut institué, dit l'auteur; il produisit des résultats favorables. Le sucre a beaucoup diminué, et, *au dire du malade*, la rétraction s'est atténuée dans des proportions sensibles. »

Maréchal a vu là formellement, dans sa communication à la Société belge de neurologie, le cas d'une évolution parallèle du diabète et de la maladie de Dupuytren. La lecture attentive du texte ne nous permet pas d'être aussi sûrement du même avis.

La 4e observation, toujours sans aucun renseignement clinique détaillé, est celle d'un homme de 70 ans, diabétique depuis dix ans, et qui présente depuis trois ans une rétraction unilatérale.

La 5e observation est celle d'un homme de 63 ans, sans antécédents rhumatismaux; présentant par ailleurs quelques cicatrices d'une apparence syphilitique non douteuse, malgré ses dénégations, et dont le diabète avait été récemment diagnostiqué. La rétraction était bilatérale, progressive, depuis trois ans. Il n'y avait pas d'autres rétractions dans la famille. La mort survint en quelques jours, par coma diabétique. L'autopsie ne put être faite.

La 6e observation est celle d'un officier ayant pré-

senté tous les signes classiques du diabète, et chez lequel était apparue une rétraction palmaire.

La 7e, celle d'un individu qui, après une chute dans la mer, sans qu'il y eût de traumatisme crânien, mais probablement commotionné, présenta une polyurie et de petits accidents épileptiformes. Quatre ans après (l'observation ne mentionne pas si ces accidents existaient encore), apparut une rétraction, d'abord à droite, puis, plus tard, à gauche.

Voici les deux cas originaux publiés par Maréchal, en 1899, à la Société belge de neurologie :

« J'ai eu l'occasion d'observer, depuis Viger, deux cas nouveaux, et le dernier concerne une femme d'environ 65 ans, que j'ai montrée à Van Gehuchten. Elle venait me consulter pour une névrite curable et je constatai, par l'examen de l'urine, une quantité considérable de sucre (60 gr.) par litre. En même temps, elle présentait aux deux mains la rétraction palmaire typique, que je vous ai décrite.

Le diabète est sans doute héréditaire dans cette famille, car son frère est mort dans un accès de coma diabétique.

On ne trouve pas de goutte, ni de rhumatisme chez les parents. Son fils, âgé de 41 ans, n'est ni rhumatisé, ni diabétique, mais, chose intéressante, il présente une rétraction palmaire au début, d'une seule main : le petit doigt est en flexion forcée.

Voici le second sujet : C'est un homme de 58 ans, robuste, sans hérédité morbide... Je ne m'attarderai pas à vous décrire son diabète, et je signalerai, pour ce que nous intéresse, l'apparition, il y a 4 ou 5 ans de la rétraction palmaire bilatérale. Ni goutte, ni rhumatisme... »

Après un bref rappel historique, l'auteur conclut :

« Ne semble-t-il pas probable que la rétraction palmaire doit appartenir au groupe des trophonévroses; attribuables soit à une

altération des rameaux nerveux priphériques, soit plutôt, en raison de la bilatéralité, à une lésion des centres nerveux que, peut-être, les moyens d'analyse plus délicats que nous possédons aujourd'hui pourraient déceler. »

L'observation publiée par Costilhes est celle d'un homme de 62 ans, sans antécédents rhumatismaux ni goutteux; présentant tous les signes classiques d'un diabète. La date du début de la rétraction palmaire n'est pas indiquée.

⁂

Notons qu'à côté des états diathésiques, certaines intoxications chroniques comme l'alcoolisme ont été trouvées en coïncidence avec des maladies de Dupuytren : Tamplin, cité par Eulenburg, par Chevrot, par Neutra, paraît être le seul d'ailleurs, qui ait donné un rôle à l'alcool dans l'étiologie de la maladie. Le malade dont il invoquait l'histoire aurait vu les cordes de la main diminuer ou disparaître, lorsqu'il cessait ses excès alcooliques, et revenir lorsqu'il se laissait aller à boire de nouveau, pour disparaître encore. Nous ne savons pas si une observation détaillée du malade corrobore un fait semblable.

Costilhes a aussi rapporté un cas de rétraction palmaire bilatérale chez un alcoolique, mais qui avait présenté par ailleurs, des coliques de plomb, et était athéromateux : cette complexité des lésions, l'absence d'examens méthodiques, et de documents anatomiques, nous paraît laisser tout essai de pathogénie très incertain.

⁂

En résumé, s'il était permis de formuler une remarque générale sur les rapports de la maladie de Dupuytren et des états diathésiques, on devrait conclure que les documents sont trop incomplets pour entraîner aucune certitude. Il ne s'agit, à proprement parler, que de coïncidences et il ne serait pas malaisé sans doute de noter des coïncidence de rétraction palmaires, plusieurs fois répétées, avec beaucoup d'autres maladies : l'obstacle qui empêche d'élargir ainsi le domaine étiologique n'est pas constitué par une raison positive, mais purement et simplement par une raison négative. L'appel à d'autres maladies ne paraîtrait pas vraisemblable, parce que l'on cesserait d'être à l'abri d'idées générales comme celles d'états diathésiques, avec leurs troubles trophiques concomitants, que personne ne songe à contester.

En présence de cette incertitude, et par comparaison avec les documents qui vont suivre, on pourrait se contenter à peu près de formuler deux remarques :

L'opinion de Lancereaux, à propos des rhumatismes, et celle de Maréchal, à propos du diabète, se rejoignent en ceci, qu'elles tendent à expliquer les relations de la rétraction palmaire avec d'autres affections, *par une altération de centres trophiques médullaires.*

L'autre remarque serait celle-ci. De même qu'à la fin du chapitre sur les conceptions chirurgicales de la maladie, nous pouvions remarquer que dès le début, les auteurs avaient relevé des cas de rétraction palmaire héréditaires ou congénitaux, il faudrait insister ici sur

le fait que, parmi les médecins qui ont essayé d'éclaircir son étiologie d'après leurs observaions cliniques, il en est plus d'un qui, tout en relevant assez souvent des faits semblables, a négligé de leur donner leur valeur.

Rappelons ainsi que 3 observations de Menjaud sur 5 montrent une rétraction héréditaire.

L'unique observation de goutte publiée par Largillière également.

Dans les observations où les rhumatismes sont invoqués, deux, dans la thèse de Baillod, concernent des frères.

Parmi celles où le diabète a pu paraître déterminer la maladie, une observation de Viger, et une de Maréchal, indiquent le caractère héréditaire de la maladie de Dupuytren.

II

LES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX ET LA MALADIE DE DUPUYTREN

I. — *Rétractions palmaires semblant consécutives à des lésions des nerfs priphériques*

C'est Eulenburg qui discuta le premier (1883) les rapports éventuels d'une rétraction palmaire avec une névrite du cubital.

« J'ai observé un cas de contracture des doigts, écrivait-il, dans lequel paraît être en jeu un facteur pathogénique encore non observé, et qui n'a pas été décrit jusqu'ici : Je veux dire une névrite du cubital. C'est un facteur dont l'influence ne se prête guère à une définition très exacte et sans équivoque; mais il offre en tout cas un gros intérêt semiologique, soit qu'on le considère comme une simple complication, ou bien comme une conséquence de la maladie locale. »

Eulenburg relate ensuite qu'il s'agissait d'une pianiste, dont la rétraction, qui présente tous les caractères classiques, a évolué progressivement depuis deux ans. L'évolution est accompagnée de douleurs vives, allant du coude à l'épaule, apparues depuis longtemps, analogues à celles sur lesquelles nous avons insisté précédemment.

Eulenburg fondait son diagnostic de névrite sur les faits suivants :

Douleurs spontanées, diffuses, sur le tronc du cubital.

Paralysies. Diminution de la sensibilité dans le territaire cutané du cubital. (La recherche des sensibilités thermiques n'est pas notée.) L'auteur insiste sur le fait que le nerf, sur tout son trajet, du poignet à l'avant-bras et au bras, jusqu'au creux axillaire, est extrêmement sensible à la palpation, des deux côtés. Les troubles de la motilité étaient minimes. L'examen électrique ne rencontrait aucune anomalie remarquable.

Eulenburg examine si la névrite et la contracture peuvent dépendre l'une de l'autre, ou d'une même cause. Il invoque les remarques des physiologistes. Par destruction des nerfs, ou au cours de névrites traumatiques comme l'ont observé aussi les cliniciens, on peut constater l'apparition de troubles trophiques, de l'épiderme, des tissus conjonctifs, ou du squelette, coïncidant avec l'évolution d'une névrite. On pouvait aussi, continue-t-il, se demander si la névrite n'est pas une névrite ascendante, conséquence de la maladie de la main. Cette hypothèse :

« Bien que non absurde, repose si l'on examine les faits, sur des bases fragiles; et dans beaucoup de cas de contractures sévères et anciennes, on n'observe pas de névrites consécutives. »

Eulenburg ne conclut pas, autrement dit.

Costilhes (1785) a signalé l'existence d'une rétraction palmaire (auriculaire de la main droite) chez un malade porteur d'une paralysie saturnine, marquée surtout au niveau des extenseurs du côté droit. La description de la maladie de Dupuytren ne laisse pas de doute sur le bien-fondé de ce diagnostic. Mais la date d'apparition des nodosités palmaires et des accidents saturnins n'est

pas mentionnée. Il n'y a, d'autre part, aucun renseignement clinique ou anatomique détaillé.

Récemment (1925), Michaux et Lamache sont revenus sur cette étiologie :

Sur 33 maladies de Dupuytren, ils avaient trouvé 24 sujets travaillant le plomb : 13 étaient des saturnins nets, avec coliques de plomb; la névrite saturnine n'a été trouvée que quatre fois en réalité. Les 11 autres n'avaient pas d'accidents saturnins.

Ajoutons qu'en dehors de ces 24 saturnins, porteurs de maladie de Dupuytren, ces auteurs en trouvèrent facilement 25 autres qui n'en présentaient pas.

Aucun de leurs sujets ne présentait de signes cliniques de syringomyélie. Ils ont eu le tort d'en conclure, à notre avis, qu'aucun substractum syringomyélique n'existait. Tout dépend du moment où l'on examine ces malades, et les nécropsies ont montré dans plusieurs cas des cavités microscopiques de la moelle, alors que rien ne permettait cliniquement de les déceler.

Caspari avait rapporté en 1896, le cas d'un ouvrier dont la main droite présenta, à la suite d'une forte contusion, des signes de rétraction palmaire. On notait cliniquement de nombreux troubles nerveux dans le membre supérieur droit, à savoir une diminution de la sensibilité cutanée et de l'excitabilité faradique des muscles interosseux et des fléchisseurs. Le tissu adipeux était atrophié, les ongles difformes, les poils hypertrophiés.

Quinebault (1897), prit le contre-pied de ceux qui commençaient à défendre l'hypothèse d'une origine centrale, sans que l'on comprenne bien pourquoi le fait d'ad-

mettre une névrite dans un cas, empêcherait de trouver un processus syringomyélique au point de départ d'autres rétractions.

Ses arguments, quoi qu'il en soit, étaient les suivants :

« Nous pensons, disait-il, qu'il y a lieu de chercher dans une autre interprétation la solution du problème pathogénique concernant cette singulière affection. Ce qui frappe tout d'abord, dans la maladie de D., c'est la localisation presque constante des lésions au niveau des deux derniers doigts. Ce siège de l'affection, dans une zone nettement déterminée, ayant une innervation propre bien distincte de celle des autres doigts, nous fait incliner dans le sens d'une lésion nerveuse, et comme c'est le nerf cubital qui tient sous sa dépendance l'innervation de cette région, il est très logique de conclure à une lésion cantonnée aux fibres de ce tronc nerveux. Cette interprétation d'ailleurs nous semble d'autant plus acceptable que tout l'ensemble symptomatique que nous avons décrit plus haut et qui caractérise l'affection, plaide éminemment en faveur d'une altération nerveuse; nous voulons parler de la paralysie et de l'atrophie des deux derniers lombricaux et des interosseux, innervés par le cubital, des troubles de la sensibilité observés parfois dans la zone malade, des phénomènes trophiques caractérisés par l'atrophie du derme, des glandes sudoripares, et par la disparition progressive du tissu cellulo-adipeux. »

Ce raisonnement a le tort de vouloir être absolument général.

Une observation recueillie par Feindel dans le service de Brissaud (1896) concerne un malade qui, à la suite d'une déchirure profonde accidentelle du bord cubital de la main, présenta des troubles sensitifs, amyotrophiques et trophiques; parmi ceux-ci, des déformations analogues à celles que l'on voit dans certains rhumatismes chroniques, avec « déviation en coup de vent :

des doigts vers le bord cubital de la main, et une rétraction de Dupuytren typique, évoluèrent dans les mois qui suivirent le traumatisme.

Le travail plus récent de Perdrizet, effectué à Lyon, sous la direction de Poncet (1904), a pour titre : Rétraction de l'aponévrose palmaire avec névrite du membre supérieur droit, dont l'origine toxi-bacillaire est des plus probables :

Le sujet avait été opéré en 1899 pour un abcès froid consécutif à une pleurésie droite.

En 1900, sans autre cause appréciable, le malade constata que tout le membre supérieur droit devenait plus maigre et plus faible. Les signes de névrite étaient surtout accentués dans le domaine du cubital et du médian. Il y avait des troubles de la sensibilité cutanée, de l'hyperhydrose et de l'hypertrichose, avec atrophie musculaire de tous les groupes, mais principalement des fléchisseurs des doigts. Ces symptômes cédèrent partiellement à l'électrisation. Dans les antécédents, on ne relevait ni syphilis, ni alcoolisme, ni intoxication professionnelle, ni traumatisme local ; mais seulement une adénite discrète de l'aisselle.

En 1901, alors qu'il ne persistait comme reliquat gênant de cette névrite qu'une sensation d'engourdissement dans l'annulaire et l'auriculaire droits, petit à petit, ces deux doigts tendaient à se fixer en position de demi-flexion, et l'aponévrose palmaire de la main droite se rétractait progressivement.

En 1902, survint un volumineux abcès thoracique, mais cette fois à gauche.

En 1903, deux fistules thoraciques sèches se produisi-

rent. Et à la base de l'annulaire droit, toujours un peu fléchi, on vit apparaître un petit abcès froid, symptôme d'un point d'ostéite.

La rétraction n'a pas progressé, bien que l'on perçoive des durillons et des brides sous-cutanées caractéristiques vers les plis de la main.

L'atrophie et les autres signes de névrite du membre supérieur droit se perçoivent encore, quoique très atténués.

L'enchaînement de tous ces phénomènes, conclut l'auteur, le caractère torpide et bénin de ces lésions multiples, même de celles qui ont suppuré, l'apparition, dans le membre supérieur droit, de la névrite et de la rétraction palmaire, un an avant tout signe d'ostéite de la phalange, tout n'est-il pas la marque d'une imprégnation prolongée d'un organisme résistant par un bacille atténué et par ses toxines. »

Dejerine, dans sa *Sémiologie*, a rapporté le cas d'un jeune homme de 24 ans, qui, dans une tentative de suicide, s'était tiré dans la région cervicale inférieure de la colonne vertébrale, une balle de revolver, très visible à la radiographie; il se développa dans l'espace de six mois une rétraction très intense de l'aponévrose palmaire de la main, du côté correspondant, sans aucun trouble de nature motrice ou sensitive.

Tinel, dans ses *Blessures des nerfs*, signale qu'une lésion légère du cubital a déterminé, en quelques mois, l'apparition lente et progressive d'une rétraction de l'aponévrose palmaire, exactement comparable à celle de la maladie de Dupuytren, qui n'est probablement, d'après cet auteur, qu'une névrite légère du cubital ou des racines cervicales qui le constituent.

Laignel-Lavastine (1918), a rapporté l'histoire d'une camptodactylie unilatérale, sans troubles marqués de la rétraction de l'aponévrose palmaire droite, avec légère motilité dans le domaine du cubital, suite tardive, après 8 ou 10 mois, d'une blessure légère du cubital à l'aisselle, et qui permet de considérer dans ce cas la maladie de D. comme la conséquence tardive mais directe d'une lésion partielle du N. Cubital.

Reichel a vu se développer (1917) chez trois blessés de guerre avec traumatisme du n. cubital une rétraction classique de l'aponévrose palmaire avec contracture en flexion des doigts.

Il nous paraît résulter de cet ensemble de faits que l'étiologie névritique de la maladie de D. se trouve être fondée sur de solides arguments cliniques.

Note 1. — On peut se demander si la m. de D. a été observée au cours de névrites chroniques telles que la névrite lépreuse, et la névrite hypertrophique : nous n'en avons pas trouvé de références.

Favre, dans la dermatologie de la pathologie Sergent, signale la coexistence de maladie de Dupuytren avec la maladie de Recklinghausen : mais sans donner de références.

Note 2. — Dans cet ordre d'idées, on pourrait mentionner une étude curieuse de Abbe, publiée à New-York, en 1884. Il fut le premier à développer complètement, avec les moyens d'interprétation de son époque, une théorie nerveuse de la maladie de Dupuytren. Cette théorie est l'indice d'un état d'esprit qui, né à partir des travaux de Vulpian, de Weir-Mitchell, de Charcot, sur

le rôle de la moëlle, devait durer très longtemps, puisque, en 1905, comme nous le verrons dans les observations d'auteurs italiens sur la rétraction palmaire, elle gardait encore sa vigueur. Cela, malgré les connaissances considérables que l'on avait acquises sur la physiologie et la pathologie de la moëlle; et plus particulièrement, pour ce qui nous occupe, malgré la découverte des syringomyelies. Cette théorie, aujourd'hui abandonnée, était celle du reflexe spinal. Elle s'était développée d'abord pour expliquer les amyotrophies au cours des arthrites. Abbe la transposa pour expliquer à partir de la vieille théorie traumatique de Dupuytren, les rétractions de l'aponévrose, considérées dès lors comme un trouble trophique reflexe.

Nous réservons quelques observations de Abbe pour une autre partie de cette note. Elles ont en effet un très grand intérêt de fait, alors que le point de vue théorique, conforme aux idées d'un temps, a perdu le sien.

II. — *Maladie de Dupuytren dans ses rapports éventuels avec la paralysie générale et avec le tabes*

Il ne s'agit guère encore, dans ce groupe, que de coïncidences cliniques. Cependant il ne faut pas perdre de vue que l'idée d'assimiler la maladie de Dupuytren à un trouble trophique d'origine centrale s'y trouve être indiqué. Si l'on se représente la topographie de la moëlle, et les notions actuelles sur l'existence de centres trophiques dans l'axe médullaire, on comprend qu'il n'est pas impossible que parfois, — dans des cas demeurés

rares — une rétraction des aponévroses évolue brusquement au cours de la syphilis nerveuse, à la manière dont apparaissent les arthropathies que certains auteurs avaient classées déjà à côté d'elles.

Cette évolution brusque de la rétraction, et nettement secondaire à une syphilis de la moëlle, ou bien la précédant de peu, nous paraît devoir être en tout cas exigée pour que semblable étiologie puisse être invoquée.

Dans les observations qui suivent, aucune autopsie n'est venue corroborer les hypothèses cliniques.

La 1re observation, rapportée par Roques (1872), était empruntée à Chassaignac : Homme de 40 ans. A l'âge de 28 ans, il avait eu une blennorragie et un chancre; le traitement anti-syphilitique avait été institué, sans qu'il y eût d'accidents consécutifs. Depuis, ajoute l'auteur, il avait manié la rame. Le médius s'était fléchi, la flexion se faisant exclusivement dans l'articulation métacarpo-phalangienne du doigt. Une bride adhérente à la peau était constituée par l'aponévrose palmaire.

Une telle observation est tellement succinte qu'il paraît difficile de vouloir en induire plus que Roque lui-même a cru le pouvoir faire.

La 2e observation, beaucoup plus connue, est celle de Regis (1887), intitulée : *Maladie de Dupuytren; P. G.; Arthritisme.*

Dans ce titre, la juxtaposition des deux termes : P. G. — Arthritisme, nous paraît avoir son importance; car l'observation ne prouve pas qu'il s'agisse d'une véritable maladie de Bayle : Peut-être au contraire faut-il penser plutôt à ce syndrome que l'on appela plus tard la pseudo-P. G. des arthritiques, et dont Tichet (1904)

a indiqué les rapports éventuels avec certaines rétractions de l'aponévrose.

D'ailleurs, Regis lui-même, après avoir décrit l'état du malade, concluait :

« C'est surtout au point de vue des rapports encore mal connus de l'arthritisme et de la P. G. que le fait se recommande. Voici, en effet, un malade pris d'abord de goutte dans le pied droit, puis de rétraction palmaire dans la main droite, enfin de paralysie de l'œil droit. Atteint bientôt de P. G., il présente des attaques épileptiformes à convulsions localisées dans le côté droit, précédées et suivies de sueurs profuses et de congestion pulmonaire identiques à celles qui relevaient exclusivement autrefois de son arthritisme. Il est impossible de ne pas voir dans cette succession de phénomènes, en particulier dans la réunion chronologique et la localisation des deux ordres de symptômes dans un même côté du corps une connexion allant presque jusqu'à la fusion entre les manifestations goutteuses et celles de la maladie cérébrale. »

Notons que la syphilis centrale n'est pas certaine ; que la tension artérielle n'a pas été déterminée. Mention n'est pas faite non plus d'examens neurologiques complets. Il n'y a pas eu d'autopsie.

Enfin, fait remarquable : le frère de ce malade, dit Regis, arthritique et P. G. lui aussi, était affecté d'une maladie de Dupuytren. Ce qui fait regretter peut-être d'autant plus l'absence de nécropies et d'examens histologiques de la moëlle ; car rien ne prouve *a priori* l'absence d'une malformation congénitale.

Féré et Mlle Francillon ont pensé pouvoir conclure (1902) d'après un ensemble d'observations cliniques à la fréquence relative de la maladie de Dupuyten chez les P. G. :

« Sur 226 malades réunis au hasard de l'admission dans un service d'aliénés, nous trouvons, dit l'auteur, 14 cas de rétractions palmaires, c'est-à-dire une proportion de 6,19 %. Cette proportion relative à la totalité des aliénés est supérieure à celle que nous avons relevée chez les P. G. (5,16 %) considérés isolément.

Il notait une proportion de 14,28 % chez les délirants ;

De 11,11 % chez les déments.

Chez les épileptiques, il avait trouvé une maladie de Dupuytren sur 15 malades : En faisant remarquer que cette proportion était sans doute exceptionnelle. Rappelons à ce propos que Féré avait rapporté en 1897, deux cas de coïncidence clinique entre la maladie de Dupuytren et l'épilepsie. Dans l'un d'eux il s'agissait même d'une sorte de rétraction assez particulière : On observait symétriquement sur les deux éminences thenar une dépression transversale de la peau qui adhérait à l'aponévrose mais ne paraissait présenter aucun épaississement. Elle était finement plissée transversalement, et aux points où elle était adhérente présentait un aspect sec, décoloré. Il n'existait aucune trace d'épaississement de la peau, pas même de durillon, au siège ordinaire de la prédominance de la rétraction de l'aponévrose palmaire, les derniers doigts restaient parfaitement souples. »

Chez les imbéciles, le pourcentage était de 4,3 %.

Dans tout ce travail, on ne trouve ni examens neurologiques détaillés, ni autopsies.

La rétraction palmaire était d'ailleurs apparue longtemps avant la P. G. ou les autres tares chez ces malades, comme en convient Féré lui-même.

« En général, écrit-il, la rétraction palmaire se montre chez les P. G. avant l'apparition des troubles trophiques qui leur sont propres, et nous sommes amenés à penser que la rétraction palmaire n'est chez eux, comme dans ces autres groupes d'aliénés, qu'une manifestation commune d'une tare anatomique congénitale. »

Tichet est d'accord sur ce point, mais après enquêtes dans diverses maisons de santé, conteste les statistiques de Féré tendant à faire admettre la fréquence relative de la maladie de Dupuytren chez les P. G.

Ce que l'on doit conclure de la lecture de ces documents : C'est que les rapports de la maladie de Dupuytren et de la P. G. n'ont pas pu être bien précisés.

Les observations concernant le tabès, sont celles de Moussous, de Senator, de Neutra, de Stieffler.

L'observation de Moussous a été publiée par Costilhes dans sa thèse (1885). Il s'agissait d'une ataxie locomotrice progressive, avec eczéma chronique des deux jambes, et rétraction de l'aponévrose palmaire. La date d'apparition de la rétraction n'est pas précisée. Il n'y a pas de renseignements sur les ascendants ni les collatéraux. L'exploration des sensibilités superficielles n'a pas été pratiquée.

Les mêmes remarques s'appliquent à l'observation de Senator (1898), qui, en constatant la coexistence d'un cas de rétraction palmaire avec un tabes, engage une discussion théorique, d'ailleurs satisfaisante pour l'esprit, afin de situer cette rétraction entre l'arthropathie et le pied tabétique.

Neutra (1901) a cité la coexistence dans deux cas de la maladie de Dupuytren avec le tabes.

Stieffler (1911) a rapporté un cas de coïncidence plus démonstratif, dans la mesure où la rétraction était apparue après d'autres symptômes de tabès qui s'étaient montrés en premier lieu. L'examen des sensibilités thermiques n'est d'ailleurs pas noté. Et il n'y eut pas d'autopsie.

Stieffler pose la question de savoir si, dans son cas, on avait le droit d'établir une étroite connexion entre le tabes et la rétraction palmaire :

« La question se pose de savoir si la contracture est un accident qui coïncide avec le tabès, ou bien s'il y a une relation de cause à effet entre elle et le processus spinal. Nous ne trouvons pas de point d'appui pour étayer la première conception, si nous passons en revue les causes reconnues pour vraisemblables jusqu'à ce moment de la maladie. Notre malade n'a ni diabète, ni goutte, ni maladie des vaisseaux; une cause traumatique ne peut pas non plus être invoquée, puisque la malade n'avait jamais eu les membres supérieurs traumatisés et que son métier n'exigeait pas une grande force manuelle. Il faut considérer que la contracture de Dupuytren est d'une part, apparue dans notre cas après le développement de nombreux signes manifestes de tabès, et qu'ensuite, le processus spinal s'est manifesté cliniquement aux membres inférieurs (ataxie, trouble du sens de position, légère hyperesthésie et hypoalgésie, paresthésie, douleurs lancinantes) ; dans ces conditions, on a au moins le droit de tenir pour vraisemblable la conception qui admettrait l'apparition de la contracture comme étant liée à l'évolution du tabès. »

III. — *Rétraction palmaire et syringomyelies*

Ce nouveau chapitre de l'histoire étiologique de la maladie de Dupuytren est celui d'une période dans laquelle on put donner pour la première fois aux rétrac-

tions palmaires, des lésions du système nerveux central, preuves matérielles en main, en guise de substratum anatomique.

On sait que ce fut Charcot qui, en 1889, commença l'étude des syringomyelies. Cette affection, comme il l'indiquait dans son premier travail, venait d'être décrite par Schultze, de Dorpat, et Kahler, de Prague. Bernhardt, Remak, Mlle Baümler, un mémoire écrit en français, de Roth, de Moscou, avaient précisé l'histoire de cette singulière maladie, dont les symptômes et les caractères évolutifs furent rapidement élucidés, tandis que les travaux de Brissaud, de Joffroy et Achard, d'André Thomas et Hauser montraient au contraire combien était incertaine et délicate l'interprétation pathogénique à partir de l'examen direct des lésions de la moëlle.

Cette dernière difficulté, nous la retrouverons dans les observations de maladies de Dupuytren qui vont suivre, dans la mesure même où elles sont liées à l'existence d'une syringomyelie. Elle paraît même être pire, dans la mesure où l'on ignore en quel point de la moëlle se trouve le centre trophique qui tiendrait sous sa dépendance les modifications de l'aponévrose palmaire.

Il nous faut aussi rappeler d'emblée pour éclaircir ce qui va suivre, que le processus syringomyelique n'est pas déterminé par une cause unique.

Des anomalies de développement du système nerveux tout entier, ou plus souvent du canal central et de ses tissus les plus voisins, jouent un grand rôle dans sa genèse. Ces altérations congénitales s'accompagnent non exceptionnellement d'hydromyelie.

Lorsqu'elles sont très minimes, elles peuvent au moins

constituer une prédisposition à l'évolution de syringomyelies dont la cause déterminante pourrait être alors représentée :

Par une destruction de tissu gliomateux;

Par une petite hématomyelie, soit traumatique, soit spontanée;

Par une maladie infectieuse;

Par un processus localisé de méningo-myelite syphilitique;

Par un processus d'artérite, donnant lieu à de petites ruptures vasculaires, ou à des thromboses;

Un néoplasme enfin : Gliome ou sarcome, peut réaliser tous les troubles de la syringomyelie, sans qu'il y ait anatomiquement de cavité dans la moëlle, de syringomyelie proprement dite par conséquent.

Ces diverses lésions ont été retrouvées dans quelques cas de maladies de Dupuytren liées à l'évolution des syringomyelies. Il va de soi que ces constatations, si importantes soient-elles, et qui renouvellent le problème étiologique des ces maladies, n'impliquent pas que l'on doive essayer d'expliquer par elles, sans preuves suffisantes, la généralité des cas.

***

Ce fut Bieganski qui, le premier, en 1895, rapporta l'observation d'un vieillard artério-scléreux et syphilitique, affecté d'une maladie de Dupuytren vieille de dix ans, et chez lequel l'autopsie montra l'existence d'un processus syringomyelique.

Il s'agissait d'une rétraction palmaire bilatérale typique.

L'examen neurologique complet fut pratiqué :

« Le sens tactile, écrivait l'auteur, est complètement conservé aux extrémités supérieures, exactement de même qu'à l'épaule, au bras, à l'avant-bras et aux doigts; partout là le patient localise exactement des effleurements avec le doigt; il discerne le contact avec la pointe ou la tête de l'aiguille. Le sens thermique paraît aussi être inaltéré aux endroits considérés. Les variations de température de plus de 10° sont bien appréciées.

C'est avec intention, ajoute Bieganski, que nous avons recherché au passage l'état des sensibilités, car pendant le premier examen du patient, en portant les yeux sur la difformité des mains, la pensée naissait en nous que le processus pouvait dépendre d'altérations limitées de la moelle et se manifester comme un trouble de nutrition. Après avoir attiré l'attention de mes collègues sur ce fait, je supposai l'existence d'une cavité dans la moelle, en me fondant sur l'analogie du processus avec celui de la maladie de Morvan et de la syringomyelie. Pour confirmer mon hypothèse, j'entrepris des explorations répétées de la sensibilité; toutefois, comme nous l'avons déjà mentionné, les examens peuvent ne pas montrer de troubles dans ce domaine. Il n'en paraît pas moins que la symétrie de la contracture aux deux mains, l'atrophie des éminences et même de la peau de la main, plaident pour des altérations spinales par ailleurs connues, ayant vraisemblablement leur siège dans les cornes antérieures, et dont le caractère n'est pas exactement défini. »

On ne peut être plus explicite.

Le malade mourut, et l'autopsie fut pratiquée.

La dissection des tissus palmaires confirma la maladie de Dupuytren.

Les renseignements fournis par l'autopsie de la moëlle furent les suivants :

« La moelle épinière fut extraite tout entière, et, après une coupe convenable, mise dans le liquide d'Ehrlich. Macroscopiquement il n'y avait pas d'altérations visibles sur les coupes trans-

versales de la moelle. Seulement dans les régions correspondantes aux vertèbres cervicales et aux premières dorsales, on notait au niveau des cornes grises antérieures, la présence d'une petite cavité. Elle pouvait même être discutable, tellement elle était petite, à l'œil nu.

Pour avoir un examen microscopique qui fût exact, j'envoyai toute la moelle au Dr Rychlinski, assistant à la clinique psychiâtrique de Varsovie. Le Dr Rychlinski voulut bien faire de nombreuses préparations microscopiques des diverses parties de la moelle. Ces préparations, colorées par la méthode de Weigert principalement, me permirent un examen très minutieux, et je pus me convaincre de l'existence d'altérations manifestes et importantes.

Entre autres choses, la pie-mère était notablement épaissie sur presque toute la hauteur de la moelle, et surtout sur sa face antérieure. Le canal central était oblitéré sur tout son trajet, et à cette place on pouvait reconnaître l'existence d'une importante prolifération névroglique, avec de nombreuses cellules rondes.

Dans la moelle cervicale inférieure, et la moelle thoracique supérieure à droite du canal, existait une petite cavité entourée d'un épais tissu conjonctif. La cavité s'étendait sur toute la largeur de la commissure grise et une petite partie du cordon antérieur.

Dans les cornes antérieures, on constatait une disparition notable des cellules nerveuses. Dans la plus grande majorité des cellules, on n'arrivait pas à trouver de noyau, mais à la place de celui-ci seulement une riche pigmentation. Les cornes postérieures ne présentaient aucune altération microscopique évidente... Les cornes latérales contenaient des cellules richement pigmentées. Dans les cordons latéraux et postérieurs, nous trouvâmes, çà et là, de petites boules de myeline et de nombreuses traînées dispersées de tissu conjonctif dense. Les vaisseaux de la moelle montraient aussi des altérations évidentes. Les parois des vaisseaux étaient épaissies et montraient une endartérite syphilitique (Heubner) manifeste. La lumière de beaucoup de petits vaisseaux était presque complètement oblitérée.

En résumé : Leptoméningite chronique. Gliomatose dans la ré-

gion du canal central, petite syringomyelie; poliomyelite antérieure. Tous ces processus, d'après l'opinion de Rychinski, sont d'origine syphilitique, surtout si l'on se représente les choses rétrospectivement, d'une manière évolutive, en prenant pour point de départ les altérations spécifiques des artères. »

Anatomiquement par conséquent, ce cas paraît se rapprocher de ceux de syringomyelie d'origine vasculaire, décrits par Joffroy et Achard.

Vers la même époque (1895) Alberico Testi publia la première observation d'un malade dans la famille duquel la maladie de Dupuytren avait un caractère congénital : Elle existait chez quatre frères.

L'auteur avait induit cliniquement à l'existence d'une affection nerveuse (1).

L'autopsie du premier de ces frères (rétractions palmaires et plantaires) qui vint à mourir, montra les altérations pricipales suivantes (1895) :

« Au niveau du renflement cervical et du renflement lombaire, on trouve dans la substance grise, latéralement et en avant du canal central, devant la commissure antérieure, un petit pertuis qui se prolonge d'un côté comme de l'autre sur une longueur de quelques millimètres, et forme une cavité remplie partiellement de substance amorphe. Les cellules des cornes antérieures présentaient une dégénérescence graisseuse notable. Sur le trajet de divers cordons on notait l'existence de fibres dégénérées, et l'hypoplasie de la nevroglie au niveau des cordons de Goll. »

Au Congrès de Pise de 1901, Testi publia l'observation du second frère : Rétraction palmaire des deux mains;

(1) Nous n'avons pu nous procurer les deux premières observations de Testi. Le compte rendu succinct qui va suivre est emprunté à un travail de Perrero. Un autre compte rendu de la Revue de Neurologie (1906) indique que les figures données par l'auteur ne laissent pas de doute sur l'existence d'une syringomyélie.

atrophie des muscles interosseux; atrophie plus légère des fléchisseurs, avec D. R. et diminution des reflexes.

On constata, au niveau du renflement cervical de la moelle, une légère raréfaction de tissu, latéralement à la commissure antérieure et à droite, formant une petite cavité remplie de substance amorphe; dégénérescence d'un grand nombre de cellules des cornes antérieures. Léger épaississement de la tunique interne des artères. »

En 1905, Testi fut en mesure de publier, dans un article de la *Reforma Medica*, l'observation d'un troisième frère :

« J'ai eu deux fois l'occasion, écrit-il, d'établir dans une même famille des cas de maladies de Dupuytren, aussi bien au point de vue clinique qu'anatomo-pathologique... Je ne fais aujourd'hui que tenir la promesse faite dans ma dernière communication au XI[e] Congrès de Médecine Interne, lorsque rapportant mes observations et celles de Bieganski et Neutra, j'ai dit que des études ultérieures étaient encore nécessaires pour confirmer mes conclusions, à savoir que la maladie de Dupuytren ne devait pas être autre chose que l'expression d'un processus syringomyelique.

Voici que le 3[e] frère Ventucoli, dont je ne répète pas l'histoire, puisqu'elle est tracée avec celle des autres dans une première communication, atteint de rétraction de l'aponévrose palmaire, est mort à l'âge de 61 ans, à l'hôpital, le 2 février 1904.

J'ai suivi cet homme pendant très longtemps; en dehors de la déformation caractéristique de la main et des doigts, de l'induration et de l'épaissement de l'aponévrose palmaire, de la flexion et de la rétraction des phalanges des doigts du pied, aucun autre fait objectif n'était à relever; on ne notait d'un léger degré d'atrophie des muscles interosseux, et plus léger encore de l'éminence thénar et hypothénar; absolument analogue à celle observée chez ses frères. La sensibilité des mains, des pieds, des doigts et du tronc ne présentait aucune altération dans leurs diverses modalités.

Par ailleurs, les conditions somatiques et psychiques générales de ce malade, l'inexpression de sa physionomie, sa structure infantile, témoignant d'une nutrition et d'une circulation déficientes au plus haut point, l'obnubilation de son esprit, rappelaient suffisamment à tous points de vue ses autres frères, déjà décédés. La mort survint dans le marasme.

La nécropsie montra une atrophie générale des viscères coexistant avec ce degré extrême d'émaciation. Le cerveau et la moelle spinale, à l'exception d'un degré d'anémie très notable, ne présentaient rien de remarquable microscopiquement.

Ce fut, au contraire, comme dans mes deux autres cas, l'examen histologique de la moelle qui donna les renseignements les plus importants.

Fixation et durcissement dans le liquide de Müller. (Détail des techniques de coloration.)

Altérations histologiques :

Forte dilatation du canal épendymaire. Il est déformé et se prolonge latéralement, autant à droite qu'à gauche, en deux petites unités plus ou moins complètes, tenant à lui, avec solution de continuité de l'endothélium. Tout autour du canal épendymaire, existent de nombreux éléments de la névroglie. On observe, en outre, une infiltration leucocytaire, surtout abondante autour de la cavité syringomyélique que je vais décrire.

Il existe, de fait, une cavité bien distincte, qui répond à la commissure grise, à droite du canal épendymaire, séparée de lui par un petit tractus au niveau duquel abordent les éléments de la névroglie et les éléments d'infiltration cellulaire ; la cavité est assez bien délimitée, et même dans certaines préparations, par une petite membrane. Outre cette cavité principale, une autre plus petite existe sur le côté du canal de l'épendyme, ayant les mêmes caractères que la précédente.

Dans les coupes supérieures qui intéressent cette cavité, celle-ci siège au-devant du canal épendymaire, dans la commissure blanche, formant une cavité triangulaire, à sommet tourné vers la commissure médiane antérieure, sommet qui soulève en avant les

fibres de la commissure blanche, et forme autour de lui une sorte de capuchon.

Une autre particularité, c'est que sur certaines coupes, les cavités sont encombrées de cellules nerveuses, avec leurs prolongements et leur corps cellulaire très distincts, cellules nerveuses isolées et qui apparaissent nettement dissociées.

Pour conclure : Faits principaux : 1° Des cavités d'aspect syringomyélique multiples. — 2° A siège variable, aussi bien sur la commissure antérieure que postérieure. — 3° Infiltration gliomateuse et leucocytaire.

Ces résultats n'ont pas besoin d'autres commentaires; ils suffisent à indiquer que l'on ne peut pas mettre en doute que la rétraction de l'aponévrose palmaire et plantaire trouvent leur expression anatomo-clinique dans une petite lésion de l'axe médullaire constituant la syringomyélie. »

En 1896, Caspari avait rapporté deux cas — sans vérification anatomique — dans lesquels, à la suite de traumatismes rachidiens, des troubles nerveux, subjectifs et objectifs (y compris ceux des sensibilités thermiques) étaient apparus dans les membres supérieurs en même temps que se développait une maladie de Dupuytren.

Schlesinger et Neutra (1901), dans leurs publications, ont rassemblé eux aussi, les cas qu'ils avaient observé, d'une coexistence entre la syringomyelie et la maladie de Dupuytren. Ils n'avaient pu faire d'ailleurs les vérifications anatomiques.

Dans un cas, il s'agissait d'un malade dont la rétraction avait débuté à la main gauche, pour se développer ensuite également à la main droite. Il présentait des vertiges, de la céphalée, depuis quelques années. Plus récemment étaient apparues, au bras droit, des douleurs rhumatoïdes. On notait aussi des fourmillements, des

secousses nystagmiques. Il n'y avait pas de troubles des nerfs de la face. Légère cyphoscoliose, atrophie musculaire limitée à l'avant-bras gauche, plus marquée à l'éminence thenar. Les réflexes étaient plus vifs à droite qu'à gauche. Il n'y avait pas de contractures ni de rigidité. Les réflexes rotuliens étaient exagérés des deux côtés. A droite, ébauche de clonus du pied. Aucun trouble trophique de la peau. Sensibilité tactile altérée seulement très légèrement. Sensibilité à la pression, sens de position et des mouvements, normaux. Troubles de la sensibilité thermique consistant en une diminution de sensibilité qui répond au type segmentaire, plus marquée à gauche qu'à droite; de même pour la sensibilité douloureuse. »

Schlesinger après avoir éliminé, dans une analyse méthodique, les traumatismes, les altérations périphériques des nerfs, l'hystérie, l'existence d'une tumeur intramédullaire, conclut ainsi :

« Il reste donc, d'après l'état actuel de nos connaissancese, que l'on ne peut guère diagnostiquer autre chose qu'une syringomyélie siégeant dans la partie haute de la moelle dorsale, dans le territoire de la moelle cervicale tout entière et du segment inférieur de la moelle allongée; et, en outre, au niveau de la moelle lombaire, où on doit prouver que la lésion anatomique est limitée aux cornes postérieures de la moelle, au niveau de la 5e racine spinale. De temps à autre, on peut avoir à constater un empiètement sur la voie pyramidale, cas où l'exagération des réflexes aux membres inférieurs — que l'on observe régulièrement au cours des syringomyélies — trouve son explication suffisante. »

Cette observation permet de sentir comment l'état d'esprit de cette époque permet de ne pas hésiter à mettre la rétraction palmaire au compte de la syringo-

myelie, lorsque quelques-uns de ses symptômes coexistent.

Cette deuxième observation, empruntée à la monographie de Schlesinger sur les syringomyelies, pourrait achever d'en convaincre.

« F. Gr., manœuvre, 59 ans. Malade depuis 10 ans. Début par une atrophie musculaire, qui atteint maintenant une grande partie de la musculature du corps; exagération des réflexes tendineux aux membres inférieurs; démarche de paralytique spasmodique. Secousses fibrillaires des muscles. Mouvements spontanés des mains. Paralysie bulbaire transitoire pendant des crises vertigineuses. Troubles étendus de la sensibilité superficielle. Le patient prétend que sa dernière maladie date de 11 ans et débuta par un phlegmon de la main gauche. Bientôt survint une atrophie qui s'étendit promptement sur une grande partie de l'ensemble des muscles. Dans les deux bras, on note de violentes douleurs. Le malade ne sait plus donner de renseignements précis sur le commencement de la rétraction. Elle est particulièrement développée à la main gauche. Les articulations des 3e et 4e doigts sont fortement fléchies; les cordes situées le long des tendons, fléchis eux-mêmes, s'avançant jusque dans le creux de la main. L'index possède la plus grande facilité à se mouvoir spontanément; des mouvements limités des pouces et des auriculaires peuvent s'accomplir. Les 3e et 4e doigts sont complètement fixés par la contracture. A la main droite, la rétraction au début est indiquée; cependant l'extension et l'écartement des doigts sont déjà très limités.

Diagnostic clinique : Syringomyélie avec rétraction palmaire. »

L'auteur n'hésite pas, par conséquent, à relier la maladie de Dupuytren à la syringomyelie, quel que soit le moment où la rétraction ait pu apparaître.

Oppenheim, dans son *Traité des maladies nerveuses*, signale d'un mot, au chapitre des syringomyelies, causées par une gliose médullaire, qu'il a observé des mala-

dies de Dupuytren qui, sans aucun doute, étaient sous leur dépendance :

« Deux fois, dit-il, chez des malades affectés de gliose, je trouvai la contracture de Dupuytren. Neutra et d'autes auteurs ont observé la même chose. »

Gualdi (1904) a, lui aussi, été amené après une discussion clinique minutieuse, à poser ce diagnostic de maladie de Dupuytren au cours d'une gliose médullaire.

Si l'on se rappelle la nomenclature des altérations de la moelle dont procèdent les syringomyélies, et que nous avons mentionnées, on peut constater que les observations qui précèdent, relèvent déjà de trois d'entre elles, parmi les plus importantes :

La méningo-artérite syphilitique (Bieganski).

Les malformations congénitales (Alberico Testi).

La gliose médullaire (Oppenheim-Gualdi).

On pourrait, en outre, attribuer, sans crainte d'erreur, le cas de Caspari cité, où la rétraction était consécutive à un traumatisme vertébral, à une petite hématomyélie traumatique.

Quatre grandes causes de syringomyélie se trouvent ainsi illustrées par des observations de rétraction palmaire.

(Les cas de Schlesinger et de Neutra ne préjugent pas de la cause de la syringomyélie).

Une autre contribution importante devait être apportée, en 1905, par Emilio Perrero :

La maladie de Dupuytren était liée dans son cas à l'évolution d'une syringomyélie par malformations congénitales, avec hydromyélie.

« Il s'agit, écrit l'auteur, d'un homme de 64 ans, ouvrier à Turin. L'anamnèse n'avait pas d'importance. Ni syphilis, ni alcoolisme. Depuis 2 ans, il avait noté une déformation progressive de la face palmaire de la main vers le bord interne, cubital, constituée par un durcissement cicatriciel des tissus, surtout au niveau du 4e doigt. L'extension de l'annulaire était d'abord seulement un peu gênée; on notait une légère flexion permanente de la première phalange sur le métacarpien.

Pas de douleurs.

Entre à l'hôpital pour la bronchite diffuse.

Le malade, de robuste complexion, avec un pannicule adipeux et une musculature bien développés, présentait les signes objectifs de la pneumonie.

Il était affecté d'une maladie de Dupuytren bilatérale, développée sur la face palmaire des mains. Les annulaires étaient en légère flexion sur les métacarpiens correspondants, comme si leurs tendons correspondants avaient été rétractés. L'aponévrose était aussi rétractée au niveau du 5e doigt; la peau apparaissait adhérente en certains points, et en d'autres comme soulevée. Elle résistait aux tentatives de réduction. Le tissu conjonctif sous-cutané manquait en ces points.

L'aponévrose palmaire était normale.

Aucune trace d'atrophie des muscles thénar et hypothénar, ni des faisceaux musculaires de l'avant-bras.

Les troubles de la sensibilité et des réflexes ne furent pas interrogés. Mais il y avait un syndrome de Bernard-Horner bilatéral manifeste.

Rétrécissement anormal de la fente palpebrale; myosis; enophtalmie.

Donc en résumé : Br-pneumonie. — M. de D. bilatérale. — Syndr. de Cl. B. — Horner.

Le malade mourut et l'autopsie put être pratiquée.

Il est sans importance de rapporter l'examen anatomique complet des lésions viscérales.

L'examen macroscopique du cerveau ne montra rien qui fût

digne d'être rapporté. Pas plus que celui de la moelle. Les nerfs périphériques étaient normaux.

On préleva la moelle spinale pour un examen microscopique ultérieur. Durcissement dans le liquide de Müller. Inclusion dans la celloïdine.

De nombreuses coupes furent pratiquées au niveau de divers segments et traitées par la méthode de Weigert-Pal et de Mallory. Elles donnèrent des renseignements extrêmement nets :

2e *Segment cervical.* — Canal central plus dilaté que normalement; la lumière est obstruée par des cellules étoilées avec noyau central volumineux. En conséquence, la substance periependymale est constituée par un épaississement manifeste des fibres névrogliques (Mallory). L'épaississement de la névroglie se fait manifestement en dedans des vaisseaux. Cellules radiculaires normales. Aucune altération de la substance blanche.

4e *Segment cervical.* — Canal plus dilaté, rempli de cellules ayant les caractères indiqués pour le 2e segment. La substance periependymaire est formée de fibres névrogliques hyperplasiques. Les groupes de cellules radiculaires sont disposés normalement; pigmentation abondante, légère raréfaction des fibres des cordons de Goll et de la zone cornu-radiculaire. Dans cette zone, augmentation de la névroglie.

5e *segment cervical.* — Gros amas de cellules oblitérant le canal de Stilling; importante condensation de la névroglie periependymaire. Observé également au niveau du segment supérieur sur le cordon de Goll.

Racines normales ; cellules des cornes antérieures pigmentées.

7e *Segment cervical.* — Outre la distension exagérée du canal central, l'augmentation des cellules du centre de la moelle, l'hyperplasie du tissu névroglique, on observe des nids de cellules proliférées par l'épendyme. Certaines fibres constituantes du faisceau grêle, ne se colorent pas par l'hématoxyline de Weigert.

A la région dorsale, la trame névroglique de la substance grise periependymaire est plus dense, la migration des cellules épithéliales plus évidente, le canal central plus ample.

A la région lombo-sacrée les constatations faites à la région dorsale se répètent, mais plus accusées.

Au niveau du 2e segment lombaire, dans le tissu entourant le canal central, et constitué par la prolifération de fibres névrogliques, on observe des nids de cellules qui, en certains points, forment des images circulaires comme pour délimiter une cavité. En certains points, la préparation présente l'aspect d'un véritable gliome.

En reconstituant la moelle, par la superposition de coupes très nombreuses, on peut conclure que le canal central, depuis le 4e segment cervical, va en se dilatant à mesure que l'on descend, jusqu'à la région lombaire, où il atteint un degré maximum de distension, sans pourtant envahir la substance blanche, et en restant délimité par les deux commissures et la base des cornes antérieures.

En proportion de l'augmentation de diamètre du canal, le tissu névroglique de la substance péricanaliculaire se condense. La lésion de certaines fibres du cordon de Goll n'a pas l'aspect des lésions systématiques que l'on retrouve au cours du tabes ou du peudo-tabes. On retrouverait probablement dans les cellules cordonales altérées les centres trophiques de fibres endogènes, bien que l'aspect du processus de dégénération ne rappelle ni la virgule de Schultze, ni le triangle de Gombault, etc., etc.

On a noté la pigmentation de nombreuses cellules radiculaires, particulièrement au niveau de la moelle lombaire; je ne leur donnerai pas l'importance pathogénique que leur donnaient Bieganski et Testi.

Le complexe anatomo-pathologique rentre dans le cadre d'un processus hydromyélique, dont la cavité est représentée par le canal central avec durcissement de la névroglie qui l'entoure. Cette lésion paraît plus ancienne au niveau du segment lombaire; l'accumulation considérable des cellules épithéliales à la région cervicale (cellules dont dérivent embryologiquement les cellules névrogliques), et la strcuture fibrillaire moins marquée feraient penser à un processus initial.

Ce cas correspond à la forme de syringomyélie décrite par Tho-

mas et Hauser : malformation congénitale, sur laquelle se greffe une infection ou une intoxication ultérieure, selon la conception de Brissaud.

Notons deux petits faits dans cette observation :

1° Les troubles moteurs et sensitifs n'avaient pas été cherchés ; et le diagnostic de syringomyélie n'avait pas été fait cliniquement. Cela n'a pas d'importance, et c'est ce sur quoi il faut insister.

2° Bien que les altérations de la moelle aient paru être plus anciennes au niveau de la région lombo-sacrée, il n'y avait pas de rétraction plantaire.

Perrero a résumé ainsi ses arguments pathogéniques, que nous rapportons sans les commenter.

1. L'altération principale et indispensable est une lésion du système réflexe trophique (1) : lésion des fibres centripètes ou centrifuges (théorie névritique d'Eulenburg), ou comme dans le cas de Testi, de Bieganski, et le mien, désintégration des centres periépendymaires.

2. Le processus syringomyélique peut être admis, d'après le concept actuel de la syringomyélie, comme étant une réaction de l'épithelium du canal de Stilling ou de l'adventice des vaisseaux, à des processus infectieux ou toxiques. Dans mon cas, comme dans celui de Testi, les dégénérations irrégulières, non systématiques, observées au niveau des cordons de Goll, étaient en outre, un indice de l'intoxication.

(1) Ceci montre à quel point (1905) la notion générale de phénomènes reflexes a dominé longtemps, d'une manière pour ainsi dire exclusive, la physiologie du système nerveux central, dans l'esprit des cliniciens.

Ainsi se peut concilier la théorie nerveuse et la théorie diathésique de Guérin.

3. Nous pouvons ajouter d'autres facteurs à la cause fondamentale et indispensable, par exemple, une disposition et une fragilité spéciale des aponévroses ou d'autres causes occasionnelles, comme les processus inflammatoires locaux ou encore des traumatismes minimes et répétés.

C'est pourquoi la théorie nerveuse se rattache à la théorie traumatique : Le traumastime agissant comme cause occasionnelle.

4. La théorie nerveuse de la maladie de Dupuytren se trouve être confirmée par mon cas.

Après avoir choisi quelques exemples de maladies de Dupuytren liées à l'évolution de diverses syringomyélies : soit par méningo-artérite syphilitique; soit par gliose; soit congénitales, nous pouvons rapporter un cas publié par Jardini (1907) où la maladie de la moelle était due à l'artério-sclérose médullaire.

Bien que l'observation soit un peu longue, elle nous paraît intéressante à rapporter intégralement, pour montrer que malgré tout une incertitude assez grande continuait à dominer dans le problème pathogénique de la maladie de Dupuytren. Si l'on se reporte d'ailleurs à des observations signalées avant ce chapitre et où d'autres étiologies que la syringomyélie étaient invoquées (goutte, tabes, par exemple), on ne s'étonnera pas de cette incertitude, en découvrant que certaines de ces observations sont de dates récentes.

L'observation, publiée dans le Morgagni, est la suivante (1907) :

« La question pathogénique soulevée au sujet de la maladie de Dupuytren se définit actuellement de la manière suivante : Dans un certain nombre de cas il s'agit d'une trophonévrose en relation avec des lésions particulières de la substance grise médullaire; dans d'autres cas — qui constituent de beaucoup la majorité — elle semble due à des causes périphériques, à moins qu'on ne la considère comme l'expression d'une maladie constitutionnelle, diathésique ou infectieuse.

On admet donc un dualisme étiologique pour la rétraction palmaire, en faisant une grande distinction entre les cas symptômatiques d'alternations nerveuses et ceux dans lesquels on n'arrive à démontrer aucune relation avec le système nerveux : le mécanisme de ces dernières finissant par être un objet de pure spéculation.

Les cas de rétraction palmaire pour lesquels un fondement trophonévritique se peut sûrement démontrer, ne sont pas très nombreux, si l'on tient compte de la fréquence relative de ce syndrome morbide. Cliniquement, on peut induire à l'origine nerveuse d'après certains caractères, tels que l'influence héréditaire, le caractère familial, la coexistence d'autres phénomènes de pathologie nerveuse. L'anatomo-pathologie vient donner raison à l'induction clinique, en démontrant l'existence de lésions de la substance grise médullaire, mais on ne peut pas considérer comme très copieuse une contribution de cet ordre, dont on compte 9 cas ou total. Les altérations observées par tous les auteurs (une observation de Biegansky; 3 de Testi; 1 de Schlesinger; 1 de Neutra; 2 de Oppenheim; 1 de Perrero), appartiennent au cadre des syringomyélies, tellement que la maladie de Dupuytren, lorsqu'on se fonde sur ces travaux, en vient à être considérée comme l'indice clinique d'une syringomyélie.

Il est permis de penser que ce petit nombre de faits positifs représente seulement un faible pourcentage des cas qui offrirent

l'occasion d'un examen anatomo-pathologique, et qui ne furent pas publiés parce que leur résultat fut négatif.

De toutes façons, la nature de la lésion rencontrée autorise suffisamment la supposition que de tels faits sont très rares puisque la syringomyélie est une affection qui n'est nullement commune. Faut-il donc conclure de cela que la rétraction palmaire n'est que rarement symptomatique d'un désordre trophique? Mon travail a pour objet de démontrer le contraire; il permet de conclure que dans la plupart des cas, une semblable interprétation pathogénique est très convenable, car dans la production des lésions médullaires capables de donner lieu à la maladie de Dupuytren peut intervenir un autre processus morbide bien plus fréquent que la syringomyélie : L'artério-sclérose médullaire.

Aucun auteur, à ma connaissance, n'a fini par établir un rapport causal entre l'artério-sclérose et la maladie de Dupuytren : Pic et Bonamour qui ont étudié récemment les arguments que l'on pouvait donner en faveur de l'artério-sclérose de la moelle, au point de vue clinique et anatomique, et Grasset, qui, schématisant tous les symptômes meiopragiques dérivant des diverses localisations de l'artério-sclérose médullaire de la moelle, veut différencier un grand nombre de syndromes plus théoriques que cliniques, ont conclu à la possibilité d'un tel rapport à propos de l'artério-sclérose de la substance grise centrale.

Cette nouvelle interprétation pathogénique de la maladie de Dupuytren permet d'étendre la théorie nerveuse à un plus grand nombre de cas et rend raison de certaines particularités cliniques ayant trait à la maladie en question : C'est ainsi qu'elle se manifeste de préférence chez certaines gens, et s'accompagne de certains états sclérogènes par excellence, comme la goutte, le diabète, l'arthritisme, mais d'abord, avant toute discussion, je rapporterai succinctement mon observation.

L. C., 80 ans, industriel. Cliniquement, il se présente comme un cardio-rénal, avec crises d'hyposystolie compliquées d'asthme urémique. Albuminurie légère; présence à l'examen microscopique de cylindres hyalins-granuleux et de cellules rénales... Il présente à la main gauche la difformité caractéristique de la maladie de

Dupuytren; rien d'anormal à la main droite. Le patient insiste sur le fait que cette difformité s'est manifestée il y a 3 ans et a évolué d'une manière rapide. Au début, il y eut quelques fourmillements dans la main, ensuite la sensibilité des doigts et de la paume de la main se fit toujours plus obtuse, et la peau devint froide et cyanotique, et, pour ainsi dire, constamment baignée de sueurs.

Les articulations des phalanges de l'index présentaient des lésions d'arthrite chronique; sur le dos de la main — les deux côtés — existaient deux taches ecchymotiques parfaitement symétriques, de la dimension d'un scudo. Les espaces interosseux, à la face dorsale, présentaient des dépressions au lieu des renflements normaux, indiqués particulièrement au niveau du 4e et du 5e espaces. La partie externe de la région hypothénar est aplatie : l'éminence thénar a un aspect normal. A l'avant-bras, on note une position habituelle en pronation, et la supination active et passive est limitée; à la face postérieure, le cubitus est plus saillant que normalement et aussi bien sur la face interne qu'externe les masses musculaires ont disparu; l'espace interosseux peut se palper directement sous la peau. La saillie des muscles épicondyliens est formée par le long supinateur, le 1er et le 2e radial, qui sont les seuls muscles de la région postéro-externe. La région épitrochléenne est aplatie dans sa portion plus latérale et externe.

(Suit ici une description minutieuse de la position des doigts.)

Etat des sensibilités : Il y a une anesthésie tactile, et de l'hypoalgésie, de la partie dorsale et ventrale des deux derniers doigts et des deux métacarpiens correspondants : La sensibilité est plus spécialement diminuée dans cette région. Dans le reste de la main, à l'avant-bras, la sensibilité est normale; le sens de position segmentaire et la sensibilité vibratoire sont normaux.

Examen électrique : Avec le courant faradique, on observe une inexcitabilité de tout le groupe des extenseurs des doigts (ext. commun; ext. propre de l'index; long et court extenseurs; long abducteur du pouce), et du cubital postérieur; inexcitabilité des muscles de l'éminence hypothénar et des interosseux, excepté le premier. Se contractent normalement : Le supinateur, le 1er et le

2e radial, les muscles de la région antérieure, ceux de l'éminence thénar et le 1er interosseux.

L'examen du courant galvanique montre une excitabilité normale des muscles qui réagissent normalement au faradique, et une réaction de dégénérescence totale au niveau des autres muscles (particulièrement pour les interosseux).

Absence de symptômes oculo-pupillaires : Réflexes des membres supérieurs diminués mais présents; ceux des membres inférieurs sont normaux.

Autopsie : 12 heures après la mort.

Diagnostic anatomique : Aortite chronique; avec sclérose myocardique et coronarite; emphysème sénile; bronchite diffuse; périsplénite chronique; intense sclérose rénale.

La moelle et les nerfs périphériques (radial et cubital) furent prélevés et fixés dans un mélange bichromate-sublimé-formol.

Les nerfs présentaient un épaississement notable de leur gaine et du tissu interfasciculaire; disparition de nombreuses fibres nerveuses et lésions dégénératives irrégulièrement distribuées. On fit des coupes des septième et huitième segments cervicaux et du premier segment dorsal, en employant pour les colorer le bleu polychrome de Unna, après les avoir fixées dans l'hématoxyline ferrique et le Van Gieson. La lésion principale était celle des artères : On voyait des lésions péri-endo-artéritiques et de la sclérose péri et para-vasculaire. Les espaces péri-vasculaires sont remplis de leucocytes et sont entourés par un espace rempli de débris. Les veines et les capillaires sont dilatés.

La pie-mère est très épaissie, et d'elle aussi bien que de la sclérose péri-vasculaire se détachent des traînées qui pénètrent dans la substance médullaire. Les faisceaux postérieurs et latéraux sont sclérosés, avec une diminution évidente des fibres. C'est au niveau de la substance grise que se trouvent de petites hémorragies périvaculaires. Au niveau du troisième segment cervical, à gauche du canal central et, plus en bas, au niveau de la première dorsale, se voit encore une cavité creusée dans la substance grise attenante à un groupe de vaisseaux; elle est à peine visible à l'œil nu, et au microscope on voit qu'elle occupe la plus grande partie de la com-

missure, causant sa destruction à peu près complète. Elle renferme des débris et quelques leucocytes; les vaisseaux sont épaissis mais perméables. Le contour est fait de tissu dense irrégulièrement découpé; la cavité gauche occupe tout le huitième segment cervical et le premier dorsal, étant seulement interrompue par de petits tractus; le canal central est représenté par un petit amas d cellules épendymaires. Au niveau des cornes grises antérieures se voient des cavités paravasculaires de moindre importance. Les cellules radiculaires sont irrégulièrement diminuées des deux côtés, mais l'atrophie est prédominante dans les groupes cellulaires de gauche. Sur quelques coupes, on ne retrouve plus de cellules; sur d'autres, elles sont réduites à un très petit nombre, alors que dans d'autres coupes très voisines, elles sont en nombre à peu près normal. L'irrégularité de distribution ne concerne pas seulement les niveaux de la moelle, mais l'extension aux groupes de cellules: Tantôt c'est le groupe antéro-externe qui est intéressé, tantôt l'interne, tantôt celui d'un côté, tantôt celui de l'autre.

Le résumé histologique peut se faire ainsi : Epaississement du tissu conjonctif sous-pial, sclérose médullaire diffuse, péri-endo artérite, hémorragies miliaires, engorgement des capillaires, infiltrations péri-vasculaires, lacunes de désintégration, diminution irrégulière des cellules radiculaires.

Le syndrome présenté par le malade est vraiment celui de Dupuytren. La présence d'atrophie musculaire pouvait faire penser à une myopathie : De fait, la position du pouce est la position typique des paralysies de ses abducteurs et extenseurs, mais une atteinte des doigts symétrique avec rétraction de l'aponévrose ne peut être réalisée par aucun déséquilibre dynamique des muscles. Si l'on cherche une étiologie liant la rétraction palmaire et les lésions médullaires, il y a dans mon cas une analogie évidente avec tous ceux qui ont été décrits comme des maladies de Dupuytren d'origine nerveuse : En fait, la lésion nerveuse, par son extension et par son siège, sinon par sa nature, reproduit parfaitement les caractères de celles signalées par les autres observateurs. Mon cas est susceptible de cette objection, que l'on pourrait faire à toutes les autres : comment peut-on dire qu'une lésion

de la substance grise périependymale peut produire la rétraction palmaire, alors que nous ne connaissons bien ni les fonctions de la première, ni le mode de production de la seconde?

On sait que l'induction n'explique pas les phénomènes, mais qu'elle révèle les lois avec lesquels ils se composent. Et l'observation répétée de la coexistence de deux faits suffit à établir entre eux un certain rapport. L'induction devient plus forte et le rapport se révèle clairement lorsqu'on peut établir une analogie avec d'autres faits bien notés. C'est pourquoi, dans mon cas, la coexistence de rétraction palmaire avec une amyotrophie, des troubles sensitifs et trophiques dérivant sûrement d'une lésion médullaire, a autorisé à donner la valeur de cause à l'état pathologique de la moelle, même pour la rétraction palmaire.

Reste à démontrer l'origine vasculaire des multiples lésions de la moelle. L'action dystrophiante de l'artério-sclérose se peut déduire de faits multiples : La sclérose, les épaississements sous la pie-mère, les infiltrations et la sclérose péri-artérielle, l'engorgement de la circulation veineuse.

La raréfaction des cordons elle-même, et les atrophies cellulaires, sont sous la dépendance de l'artério-sclérose médullaire dont elle représentent une fréquente manifestation (Pic et Bonamour).

Comme l'artério-sclérose ne limitait pas son action à la moelle, puisque tous les autres organes avaient présenté cliniquement des phénomènes d'insuffisance fonctionnelle, et à l'examen anatomique des lésions de sclérose diffuse, on pourrait objecter que, dans ce cas comme dans beaucoup d'autres, on pouvait agiter la question d'une affection générale : mais l'unilatéralité du processus qui durait depuis 4 ans, sans tendance à se manifester de l'autre côté, s'expliquerait difficilement comme relevant d'une action toxique circulante. La lésion locale en foyer explique au contraire la rapide apparition de la maladie (caractère important des lésions vasculaires) et sa limitation. L'artério-sclérose agit sur la moelle comme sur tous les autres organes, en produisant d'abord des troubles fonctionnels (meiopragie) et ensuite des lésions organiques stables. Au 1er stade, l'examen histo-pathologique n'a

révélé rien d'anormal, permettant seulement de déduire les troubles fonctionnels de l'organe, de sclérose artérielle. C'est seulement lorsque la lésion a progressé que l'on trouve l'explication anatomique du fait clinique : ainsi s'il s'agit de régions dont on connaît peu la structure et les fonctions, comme la substance grise spinale, il est assez difficile d'apprécier la valeur des altérations qui ne sont pas très considérables, et de faire la démonstration d'un trouble dystrophique à point de départ artériel.

.....

Tout se passe comme si le mécanisme de production de la maladie de Dupuytren était unique : une altération de la substance grise spinale dépendant de causes variables, parmi lesquelles la plus commune est l'artério-sclérose; ainsi la théorie nerveuse reçoit une nouvelle confirmation et une application plus étendue. Les arguments cliniques déjà invoqués dans sa genèse; caractère familial, hérédité directe et collatérale (Cardarelli, Vizioli, Guérin, Durel, Tranquilli), la coexistence avec d'autres trophonévroses, telle que l'asphyxie symétrique des extrémités (Luzzato), le vitiligo (Testi), les désordres vaso-moteurs et l'hyperhydrose (Tranquilli et Testi) : Et avec d'autres preuves anatomiques, la recherche minutieuse guidée par la nouvelle notion pathogénique, pourra ajouter une série illimitée de faits démonstratifs.

La théorie de l'origine nerveuse périphérique de la Maladie de Dupuytren a peu de défenseurs (Eulenburg, Quinebault, Cenas). Que dans beaucoup de cas, les lésions névritiques manquent, ne contredit pas à la rigueur cette origine, parce qu'on donne pour raison que pour qu'il y ait des lésions trophiques il n'est pas besoin d'une suppression de fonction, mais seulement d'une altération de celle-ci, d'un état irritatif intéressant la fonction trophique seule; et d'autre part tombe de cette manière l'objection que les cas de névrite dégénérative ne s'accompagnent pas de rétraction palmaire. Mais un tel état irritatif qui serait à la base du trouble trophique, ne peut-il agir au travers de la moelle, en provoquant le trouble par voie réflexe? De toute manière, les cas démonstratifs sont bien peu nombreux : Celui de Cenas dans

lequel, à la suite du traumatisme d'une main, la rétraction apparut dans celle du côté opposé, est en faveur de la théorie medullaire ; et pour donner une valeur à la théorie névritique il a pu être appliqué à un petit nombre de cas.

Mon cas présente d'autres points à prendre en considération pour la connaissance de l'artério-sclérose médullaire dans ses manifestations cliniques et anatomo-pathologiques; elles ont trait aux amyotrophies et à l'état lacunaire de la moelle.

L'atrophie musculaire, d'origine artério-scléreuse, accompagnée de symptômes pyramidaux, n'a pas été décrite, à ma connaissance. Demange, qui apporte une importante contribution à l'étude de l'artério-sclérose médullaire, décrit de nombreuses variétés symptomatiques qui en dépendent, mais sans parler d'une variété amyotrophique ; dans la majeure partie des cas, il s'agit de sclérose latérale ou combinée, et de sclérose latérale amyotrophique.

Cette dernière forme revêt dans tous les cas le type tonique de Gowers, avec prédominance de la contracture sur l'atrophie, on peut se demander, au sujet de la pathogénie de l'atrophie, dans mon cas, si la maladie de Dupuytren ne peut avoir eu une influence sur son apparition, soit qu'elle l'ait déterminée par l'inactivité, ou un phénomène réflexe de la moelle.

..... (Discussion pathogénique.)

Conclusions de ce travail :

1° L'artério-sclérose est capable de produire la maladie de Dupuytren, quand elle se localise dans la substance grise centrale de la moelle.

2° La plus grande partie des maladies de Dupuytren dépendant de l'arthritisme, de la goutte, du saturnisme, de la sénilité, sont probablement sous l'effet indirect de ces altérations, en tant que celles-ci favorisent l'artério-sclérose.

3° Il est probable que l'artério-sclérose peut produire la maladie de Dupuytren, non seulement par l'intermédiaire des lésions organiques de la substance médullaire, mais encore et peut-être plus souvent par un simple trouble dynamique.

4° L'amyotrophie due à l'artério-sclérose a pour caractère une grande irrégularité de distribution et d'aspect.

5° L'artério-sclérose peut produire dans la moelle des cavités analogues à celles de la désintégration cérébrale, et, dans ces conditions, on pourrait l'appeler myélo-sclérose lacunaire.

***

Nous avions vu, en essayant de conclure sur le rôle des états diathésiques dans la maladie de Dupuytren, que certains auteurs inclinaient à penser que leur action pouvait avoir des lésions de la moelle grise pour intermédiaires.

Nous venons de rapporter des observations, recueillies à mesure que se développaient les connaissances sur la pathologie de la moelle, et qui tendent à donner dans quelques cas au moins, pour cause à la rétraction palmaire, des maladies strictement médullaires et jadis inconnues.

Si son origine médullaire est affirmée, il n'en reste pas moins d'ailleurs que la notion de centres trophiques médullaires des aponévroses, continue à susciter un problème qui n'est pas résolu :

On tend toutefois à localiser ces centres dans la moelle grise periependymaire.

Notons aussi, pour corroborer l'ignorance où l'on demeurait encore alors à ce sujet, que la vieille théorie du reflexe spinal trophique continuait d'être invoquée.

Mais nous voudrions insister d'un mot sur ce fait singulier que l'on s'est visiblement beaucoup attaché au développement de théories pathogéniques où la physiologie et la pathologie de la moelle s'enchevêtraient, et cela sans résultat décisif; alors que, à notre avis, un

aspect clinique très important de la question des rapports entre la maladie de Dupuytren et la syringomyélie, paraît avoir été à peu près complètement négligé.

Il faudrait se demander simplement, et d'une manière provisoire, à défaut de meilleures certitudes, si des analogies d'évolution clinique n'existent pas entre les deux affections.

Et elles existent. Elles sont même considérables :

Aux deux maladies appartiennent, en effet :

1. L'apparition éventuelle chez des enfants, indiquant nettement la possibilité d'un caractère congénital.

2. La fréquence du début juvénile.

3. La longueur d'évolution.

Avec apparition possible de divers troubles à des dates éloignées.

Avec possibilité d'aggravations,

ou de rémissions au contraire,

ou d'un arrêt définitif plus ou moins précoce.

4. L'identité de certains symptômes d'accompagnement, au début des deux maladies : tels que fourmillements, engourdissements, sensations de brûlures.

5. La guérison spontanée, bien qu'exceptionnelle, a été discutée dans les deux maladies.

6. Elles prédominent toutes les deux dans le sexe masculin.

7. Les professions manuelles ont été incriminées dans les deux cas :

Et les traumastimes.

(Rappelons, à ce propos, qu'au début des syringomyélies, un abcès sous-cutané de la main a pu être attribué

à des causes locales accidentelles, alors qu'il représentait un trouble trophique spontané : ne pourrait-il pas en être de même au début de certaines maladies de Dupuytren, soi-disant consécutives à un phlegmon de la paume de la main. On aurait le droit, au moins, le cas échéant, d'y penser.)

8. Enfin, des rétractions palmaires peuvent apparaître au cours de l'évolution des syringomyélies.

Ou bien elles peuvent devancer l'apparition d'amyotrophies, de troubles de la sensibilité, qui feront poser ultérieurement, quelquefois bien des années après le début de la maladie de Dupuytren, le diagnostic de syringomyélie.

Il y a donc des analogies et un enchevêtrement des symptômes, qui, cliniquement parlant, ne sont pas douteux.

Quellles réserves seraient à formuler?

Il est certain qu'un assez grand nombre de maladies de Dupuytren ne s'accompagnent à aucun moment de leur évolution, de symptômes de syringomyélie.

Il est même probable, comme le faisait remarquer Perrero, que plus d'une fois des autopsies de la moelle ont été pratiquées : les comptes rendus n'ont pas été publiés, parce que les auteurs n'ont découvert aucune lésion caractéristique.

Enfin, si les examens anatomiques permettent de penser que les syringomyélies sont des affections congénitales — ce que peuvent être aussi les maladies de Dupuytren, comme on l'a vu — les cas d'hérédité syringomyélique, tels que celui publié par Nalbandoff (1899), paraissent demeurer beaucoup plus rares que ceux de

maladies de Dupuytren héréditaires. Celles-ci ne sont nullement exceptionnelles.

Ces détails nous ont paru devoir être notés.

*
**

En tout cas, dans cette période de la découverte des syringomyélies, l'hypothèse d'une origine nerveuse centrale de la maladie de Dupuytren a été définitivement fondée.

III

REMANIEMENT ACTUEL DES CONCEPTIONS ÉTIOLOGIQUES DE LA MALADIE DE DUPUYTREN

Quel qu'ait été l'intérêt du changement de point de vue déterminé par la découverte des syringomyélies, dans l'histoire des rétractions palmaires, il est évident qu'une certitude définitive sur la nature de leurs causes n'est pas acquise. On peut donc prévoir que l'étiologie de cette maladie continuera d'être remaniée au fur et à mesure que de nouvelles idées générales prévaudront.

On sait que, depuis quelques années, l'attention s'est portée sur les notions, vagues encore, et de formation assez complexe, d'un système nerveux, dit sympathique, qui n'est pas seulement extra, mais aussi intra-médullaire.

Anatomiquement parlant, ces notions ne sont pas nouvelles. Depuis longtemps, les cliniciens (même sans pro-

noncer le mot assez malencontreux de système sympathique, attaché à une représentation anatomique désuète des choses) avaient utilisé l'idée de centres gris médullaires pour expliquer ce qu'ils appelaient les troubles trophiques et les troubles vaso-moteurs d'origine centrale : ces deux phénomènes étant reliés dans leur esprit par des hypothèses qui ont aujourd'hui perdu leur intérêt.

Mais, à proprement parler, le système sympathique intra-médullaire des anatomistes et des physiologistes, n'était pas entré dans la pathologie. On n'en trouverait peut-être pas de meilleure preuve que dans l'histoire des syringomyélies précisément, qui est restée une histoire essentiellement médicale, conçue selon les règles anatomo-cliniques des cliniciens, et où les lésions de la substance grise coïncidant avec des troubles trophiques et de la sensibilité thermique, douloureuse, n'ont donné lieu, d'une part qu'à d'interminables discussions pathogéniques sur les fonctions de la moelle en général, et d'autre part, à des recherches anatomo-pathologiques pour montrer que la cause des lésions était, tantôt une méningo-myélite, une tumeur, une rupture artérielle, etc.

Ce ne fut véritablement qu'après les travaux de Langley — fondés en partie sur la connaissance nouvelle de certaines actions pharmaco-dynamiques —, que la physiologie de ce que cet auteur appelait le sympathique et le para-sympathique central, s'imposa dans la pratique et les idées médicales.

Il est très probable que Langley sentit un obstacle à de nouvelles manières plus fécondes de se représenter

les choses, dans la dénomination de système sympathique. Elle n'avait plus guère désormais qu'un sens historique. Il lui substitua donc le nom de système nerveux autonome, comprenant à la fois une partie de la moelle et l'ancien système priphérique. Cette notion, nouvelle et plus précise, entra dans la pathologie, en même temps que l'étude des algies viscérales, des causalgies et des troubles du régime circulatoire existant en l'absence de toute autre lésion du système nerveux central. Cette étude reste obscure, fragmentaire, invoquant même parfois des tests qui satisfont à ce besoin de probabilité qui suffit souvent aux cliniciens, alors qu'en réalité, ils sont infirmés par les expériences plus rigoureuses des physiologistes. Quoi qu'il en soit de ces incertitudes, un remaniement des idées devait s'en suivre, et inciter à rapporter aussi les troubles trophiques à des altérations du système nerveux autonome.

Nous croyons devoir insister sur l'excellente appropriation de ce mot préconisé par Langley, et sur la précision qu'il est susceptible d'apporter, même dans le simple vocabulaire clinique. Il n'est pas douteux que l'obscurité qui persiste dans les interprétations de ces phénomènes est due en grande partie, à ce que l'on transpose les idées acquises sur le fonctionnement de ce que l'on nomme, au vieux sens du mot, le système nerveux central, dans le domaine de ce fonctionnement nerveux autonome, encore si peu connu. L'ancienne classification des sensibilités, fondée sur les notions de l'anatomie classique du système nerveux, le rôle primordial donné aux phénomènes reflexes, ne constituent probablement qu'un obstacle, au lieu d'une aide : Mais la phy-

siologie chirurgicale du système nerveux autonome, inaugurée par Leriche, est à l'heure actuelle, un champ d'expérience tout nouveau.

Nous étions obligés de rappeler d'un mot cette nouvelle étape de la pathologie, puisque la maladie de Dupuytren, considérée toujours de plus en plus comme une trophonévrose, se trouve rangée aujourd'hui par la plupart des auteurs, avec les sclérodermies, dans les affections nerveuses dites encore couramment « de nature sympathique », mais au sens défini où Langley voulait l'entendre.

C'est ainsi que dans le traité de Castellino et Pende (1915), la maladie de Dupuytren est comptée, dans un chapitre sur *les affections sympathiques de l'appareil locomoteur*, entre l'hydarthrose intermittente de Moore, la maladie de Pagett, l'ostéomalacie, et ce que ces auteurs appellent l'angiomiopathie. Ces auteurs ajoutent qu'ils n'hésitent pas à classer ainsi la rétraction palmaire, bien que les lésions centrales du sympathique qui tiendraient sous leur dépendance les troubles trophiques « soient encore hypothétiques ». Le bref rappel historique qui précédait permet d'apprécier cette remarque.

Il nous semble, au contraire, que l'on doit chercher à mettre en évidence la réalité d'une clinique, si rudimentaire soit-elle encore, de ces lésions de la moelle autonome. Il n'est pas impossible, en effet, maintenant que des centres vaso-moteurs, sudoraux, pilo-moteurs, de la moelle, ont été suffisamment déterminés et identifiés avec la moelle autonome, comme l'ont précisé les travaux d'André Thomas, de rechercher dans les obser-

vations de maladies de Dupuytren si des symptômes révélant ces lésions, n'ont pas été plus d'une fois observés et notés : Cela constitue un procédé suffisamment rationnel pour donner un fondement à la théorie sympathique, et en faire plus qu'une simple hypothèse.

C'est à ce point de vue clinique que nous voudrions nous placer exclusivement.

La symptomatologie des troubles du fonctionnement de la moelle autonome consiste en douleurs, arthralgies, troubles de la sudation, troubles vaso-moteurs. Nous ne reviendrons pas sur les arthralgies. Elles ont été suffisamment indiquées au cours des rétractions palmaires à propos de la goutte et du rhumatisme.

Pour ce qui est des douleurs, il suffit d'examiner la plupart des observations qui ont été rapportées précédemment, pour se convaincre de leur fréquence au début et même au cours de l'évolution des maladies de Dupuytren. Tantôt ce sont des sensations de picotements, de brûlures très semblables à celles que l'on nomme aujourd'hui les causalgies; tantôt ce sont des fourmillements, des démangeaisons.

Alibert déjà, dans son vieux traité sur les maladies de la peau, écrivait qu'au début de la rétraction palmaire « la plupart des malades se plaignaient d'une chaleur vive, d'une sensation tout à fait analogue à celle que fait endurer une brûlure. »

Dans le fragment cité de l'observation I de Menjaud (goutte et maladie de Dupuytren), il s'agissait d'accès de douleurs, d'élancements, de frémissements ou de démangeaisons.

Baillod signale dans son observation de maladie de

Dupuytren avec phénomènes rhumatismaux dits abarticulaires, l'existence transitoire d'élancements avec chaleur de la main ayant accompagné l'apparition des cordes sous-cutanées. Chez le père de ce malade, atteint également de rétraction palmaire, le début s'était fait d'une manière aigue, par une douleur brûlante, une sensation de chaleur dans les mains durant quinze jours. Après quoi, les cordes étaient apparues, leur évolution demeurant entrecoupée de crises douloureuses successives.

Largillière, Roque, signalent aussi des douleurs de début.

Costilhes signale dans un cas des douleurs : il les attribua à l'évolution des nodosités que l'examen histologique montra être de nature fibromateuse.

Schlesinger et Neutra ont relevé l'existence de vives douleurs chez leurs malades.

Gemmel, dans sa 1re observation, signalait l'existence, dans les mains, de douleurs, de sensations de brûlures, de rougeurs passagères, de picotements et d'enflure de la paume.

Gualdi compte ces douleurs comme un symptôme en faveur d'une origine centrale.

Jardini signale des fourmillements dans la paume de la main, chez son malade, au début, etc.

Chez un malade de Amat (1886), la rétraction débutait par des fourmillements, des tiraillements, dans les mains, etc.

Mais c'est à coup sûr dans le travail de Abbe, déjà signalé, publié en 1884, à New-York, que l'histoire des douleurs liées à l'évolution de la maladie de Dupuytren,

ont été étudiées de la manière la plus curieuse. Aussi choisirons-nous quelques-unes de ses observations principales, pour les rapporter intégralement, et sans commentaires.

1er Cas.

Dans ce premier cas, que j'eus l'occasion d'observer en 1881, et dont j'ai consigné le résultat dans le Bulletin illustré de Médecine et de Chirurgie en 1882, il y avait eu contracture du petit doigt gauche pendant sept ans, et de l'annulaire droit pendant un an. Ce dernier avait causé au malade une douleur croissante, quelques mois avant que je l'aie vu, à tel point qu'il fut obligé d'abandonner son travail. Comme je le mentionnais alors, et comme je le répète, parce qu'il illustre un point de la théorie étiologique de la maladie (1), la corde de la main droite avait été si constamment douloureuse pendant deux mois que le malade ne pouvait pas bouger cette main pour la porter à sa tête sans une terrible souffrance ; et parfois même, principalement s'il se heurtait la paume, la douleur était bien pire encore. Comme c'était au doigt gauche que les troubles étaient apparus en premier lieu, ce doigt s'étant recroquevillé dans la paume, je l'opérai deux semaines avant l'autre, en faisant une section sous-cutanée. A la grande surprise du malade, et à la mienne, la main droite cessa d'être douloureuse immédiatement après l'opération de la gauche : Le malade découvrit le jour suivant qu'il avait été capable d'étendre la nuit sa main droite derrière sa tête, et de dormir en s'appuyant sur elle sans douleur ; ce dont il avait été incapable pendant de nombreux mois. Il pouvait aussi agiter la main au-dessus de sa tête ; s'en servir pour brosser sa chevelure, et autres choses variées ; ce qui, les mois passés, n'aurait pas pu s'effectuer sans une grande souffrance.

Et pourtant, je n'avais pas encore opéré cette main-là...

Dans la suite, j'opérai aussi le petit doigt de la main droite. Le

(1) C'est la théorie du réflexe spinal que nous avons écartée auparavant, après y avoir fait allusion.

malade est en état de parfaite santé ; il avait repris son travail comme tailleur, six mois après.

2e Cas.

J. C. H., tailleur, 58 ans.

Contracture de Dupuytren bilatérale à laquelle se joignaient d'autres symptômes peu ordinaires.

Il avait été tailleur pendant 20 ans. Il y a 15 ans, il remarqua pour la première fois une contracture de l'annulaire gauche, et pensa qu'elle était survenue dans ses efforts répétés pour se servir de cette main afin d'introduire les grands ciseaux dans des étoffes très épaisses pour les couper.

La contracture augmenta rapidement; d'abord indolente. Mais très vite, en même temps que l'annulaire droit commençait à se recroqueviller, le tailleur ressentit une douleur dans le dos et la région lombaire, douleur qui n'a fait que s'accentuer durant 15 ans.

Pourtant il continua encore à travailler, jusqu'à il y a 3 ans : moment où sa douleur redevint plus intense, et où la contracture définitivement l'en empêcha.

Un an avant que je l'aie vu, il était allé consulter le Dr Seguin pour la douleur de son dos; le mal des doigts étant très secondaire pour lui.

Seguin le traita ; il appliqua des vésicatoires sur le dos, fit des cautérisations répétées suivant la méthode actuelle. Il essaya même d'envelopper sa colonne vertébrale des sacs de glace, gardant son malade couché pendant une quinzaine, en pensant qu'il y avait une lésion spinale, probablement une pachyméningite. Cela ne lui apporta aucun soulagement. Le Dr Gybney eut alors recours à l'électricité statique et galvanique. Ce traitement, continué longtemps avec confiance, soulagea la douleur dorsale.

Toutefois, le cas semblait intraitable. Et Seguin, et Gybney, m'envoyèrent ce malade pour que je leur dise si, à mon avis, la contracture des doigts avait un rôle dans le trouble nerveux : ils avaient eu connaissance de ma précédente publication. Je doutais un peu qu'il dût en être ainsi. En examinant le malade, je

vis qu'il se plaignait principalement de rachialgies; d'une grande douleur, d'un rhumatisme latent de la colonne lombaire et des deux ou trois vertèbres dorsales inférieures, plus marqué quand il se levait d'un siège ou quand il essayait de se courber.

Pour employer ses propres expressions : « Il n'aurait pas pu ramasser une somme de 100.000 dollars si elle avait été posée devant lui, sur le plancher, à cause de la douleur et de la difficulté à se courber. Chacun de ses mouvements était un témoignage de l'exactitude de ses affirmations. Il n'avait jamais eu de rhumatisme, ni de goutte; son père et sa mère n'en avaient jamais eu.

L'annulaire de chaque main était contracté ; le gauche plus que le droit. Sur la main droite, le doigt du milieu était aussi quelque peu courbé. La peau était ramassée sur la face contractée de la corde de la 2e phalange, jusqu'à la partie supérieure de la paume. La corde était nette et épaisse.

Je l'opérai (24 juin 1882), avec anesthésie à l'éther, en divisant la corde gauche par six coupures sous-cutanées; et la droite par quatre. Ce qui rectifia parfaitement l'attitude des doigts, et les mit sur une ligne droite. Les sections sous-cutanées se cicatrisèrent immédiatement; mais le malade souffrait terriblement dans la trame fibreuse de la paume et des doigts, qui devinrent épais, sensibles, et quelque peu augmentés de volume dans leur nouvelle position. Il s'écoula quelques semaines avant que la rigueur de l'inflammation subaiguë s'épuisât. Pendant ce temps, qu'advenait-il de son dos : Très vite, un jour ou deux après l'opération, il parla d'une amélioration de la douleur. Cette amélioration s'accrut chaque jour, à tel point que le 4 juillet, dix jours après l'opération, il exprima le plus grand plaisir et la plus grande surprise parce que son dos ne lui faisait plus que très légèrement mal. « Il pouvait maintenant se courber, et ramasser cette somme de 100.000 dollars, ou n'importe quoi d'autre ». Je fis l'expérience avec un petit objet, et il put se courber librement.

Cet homme n'avait pas pu s'habiller seul, depuis deux ans, à

cause de la douleur, tandis que dès le 10e jour il me dit qu'il ne pourrait faire s'il n'avait pas ses doigts dans un appareil.

Je l'ai surveillé depuis presque deux ans. Il est venu me voir il y a 15 jours à l'hôpital, et à mon bureau, pour m'exprimer sa gratitude et me faire constater la persistance de sa bonne santé. Toute douleur l'a entièrement quitté, et pour ne jamais revenir. Les doigts étaient quelque peu rigides, et on ne pouvait pas obtenir la flexion parfaite, durant plusieurs années ; mais ils sont maintenant parfaitement rétablis, et il peut les fléchir complètement dans la paume.

3e Cas.

L. H., âgé de 57 ans, un gentleman de Boston, me fut aimablement envoyé par le Dr Fordyce-Barker pour une contracture de Dupuytren bilatérale.

Sa mère avait une légère contracture des doigts, qui l'avait affectée vers l'âge de 50 ans. A cause de cette contracture, il s'en souvient, elle avait coutume de dormir avec une balle de caoutchouc dans la main pour l'empêcher de s'accroître.

Elle avait aussi une affection du genou, plus marquée dans la position de flexion. Elle n'avait jamais eu de goutte aux pieds. Le père du malade n'avait jamais eu ni goutte, ni rhumatisme.

Il y a 9 ans, on vit apparaître une contracture des paumes; tout d'abord dans la main droite, courbant l'annulaire et le doigt du milieu. Bientôt après, apparut aussi une contracture de la main gauche. Celle-ci était habituellement indolore. L'annulaire de la main gauche se courba graduellement, jusqu'à ce que, il y a trois ans, son sommet vînt à toucher la paume.

Il y a 2 ans, le Dr Twitchell, de Keene, N. H., fit une section sous-cutanée de la corde, dans la paume, et l'enleva partiellement. Tout ce qui fut gagné alors a été depuis conservé.

A la main droite, l'évolution fut lentement progressive... (description détaillée de la rétraction palmaire). La difformité était très grande. Et en outre, il y avait eu à plusieurs reprises cette année-là une attaque de sensations douloureuses très pénibles de ces doigts, spécialement aux jointures, tenant le malade éveillé

pendant des nuits, et que ne soulageait aucun remède anti-rhumatismal, sinon la préparation française du Dr Laville.

Le malade en était venu à s'inquiéter de l'incommodité et de l'inesthétisme de son affection. Il avait dû abandonner ses occupations favorites de conducteur, de whist, et de lectures de Shakespeare. Il ne pouvait pas battre les cartes, ni prendre un gobelet d'eau, ni mettre de gants ; si bien qu'insensiblement sa maladie lui déprimait l'esprit.

Je l'opérai, le 26 février 1883, à l'éther, de sa main la plus malade seulement. Je coupai toutes les cordes, au point de tension, commençant le plus près possible du poignet, et je recommençai jusqu'à ce que les doigts soient soulagés...

Ce malade commença à revenir de l'anesthésie avant que j'aie pansé la main, et involontairement il la ferma très étroitement, montrant que lesfléchisseurs n'avaient pas été touchés par la section. Le résultat de cette flexion involontaire fut fâcheux pendant quelques jours, mais s'atténua graduellement jusqu'au 10e jour, moment où une augmentation de la douleur se déclara soudain, ressemblant à un rhumatisme subaigu des diverses articulations. Le malade prit du colchique, et de l'iodure de K, et son remède favori la préparation de Laville; mais rien n'y fit. On dut desserrer un ou deux doigts avant que la douleur fut supportable : le malade avait été agité durant plusieurs nuits, malgré la morphine.

Les sections s'étaient cicatrisées aussitôt; mais une rigidité du fascia de la main s'ensuivit, avec œdème, douleurs articulaires, sans cellulite ni dermite. Des lotions sédatives lui donnèrent le repos. Une petite immersion dans l'eau chaude les rendit momentanément plus souples, et furent répétées plusieurs fois par jour. L'appareil était légèrement gonflé par intervalles; il s'écoula deux semaines avant que les douleurs des mains aient disparu. Les doigts gardèrent une enveloppe épaisse, fibreuse, qui empêcha tout d'abord la flexion; mais par degrés cette enveloppe a disparu, et une excellente flexion en est résultée.

Un an et deux mois se sont écoulés maintenant, depuis l'opération. Et le patient a gardé chaque petite portion d'extension

gagnée par les sections, avec le retour complet du pouvoir de flexion; il peut fermer la main en fléchissant l'extrémité de tous ses doigts, excepté le petit, dans la paume, par un effort volontaire.

Presque aussi importante que le changement local est l'amélioration de l'état général indiquée par la femme du malade, et corroborée par son mari. Le malade a engraissé ; ses nerfs sont apaisés ; son esprit calme. Il dort bien la nuit, et ne souffre jamais de ses mains.

4e Cas.

F. S. gentleman de 60 ans que le Dr James Knight m'a très aimablement envoyé, présente une contracture du petit doigt et de l'annulaire de chaque main.

Il y a 15 ans, il avait été blessé au niveau de l'articulation moyenne du petit doigt, à la main droite, en aidant à porter une malle. Au bout de deux mois, on remarqua l'apparition d'une légère douleur juste sur cette articulation, et un léger fléchissement du doigt. Le Dr Sayre vit le malade; il essaya de redresser le doigt avec un appareil placé sur la face dorsale de la main, et un lieu de caoutchouc, mais sans résultat. Dans le courant de l'année suivante, le doigt de la main opposée fut pris au moment où il effectuait le même geste, et au même point : En même temps que l'annulaire de la main droite.

Mais il fallut attendre cinq ans, avant que l'annulaire de la main gauche fût atteint de contracture.

En 1872, 1874, 1876, les cordes furent divisées, par une opération sous-cutanée, sur un ou deux points. Chaque opération faite par le Dr Hamond et le Dr Stephens Smith, ne fut pas suivie d'application d'appareils, et la contracture recommença.

Le malade n'avait jamais eu de douleurs dans cette partie. Il n'avait reçu par hérédité, ni acquis, la goutte, le rhumatisme, ou quelque autre tare. Chaque main présentait une corde épaisse, sous-cutanée dans la paume...

Je divisai les cordes (1884) selon la méthode d'Adams.

Le malade souffrit beaucoup pendant longtemps après l'opéra-

tion, qui avait été importante. Mais il était content que j'aie soulagé les doigts. Je continuai l'extension pendant une semaine. Mais durant ce temps, les mêmes accidents que j'avais observé dans chacun des autres cas, survinrent : A savoir une hyperemie générale des tissus plus profonds, spécialement près des jointures de la main ; une mollesse des régions aponévrotiques, une rougeur et une sensibilité des articulations; tout cela tendant à ressembler exactement au rhumatisme subaigu. Je pense que cela est dû seulement à l'irritation nerveuse, et non pas, comme l'ont supposé d'autres observateurs, à une attaque de rhumatisme.

5e Cas.

M. O., âgés de 53 ans, observateur très intelligent de l'histoire de sa famille, nie qu'il y ait eu des rhumatismes ou de la goutte dans ses ascendants. Or, il connaît bien leur histoire, depuis plusieurs générations.

Dix ans avant le début de sa maladie, il se servait du bord cubital de la paume de sa main droite pour faire sortir, en frappant dessus, le verrou d'une lourde porte. Il en gardé toujours la pratique.

Au bout de deux ou trois ans, la contracture commença à se manifester dans le petit doigt de cette main, et elle a progressé depuis lors. On notait une douleur le matin, dans la période où les troubles se développaient. Deux ans après, les surfaces articulaires de toutes les jointures de la main malade commencèrent à le faire souffrir, comme si elles avaient été sujettes à un rhumatisme modérément douloureux. Et il y a deux ans, les surfaces articulaires des doigts correspondants de la main gauche devinrent rouges, sensibles, et montrèrent une tendance à la douleur. Cette phase de rhumatisme que j'ai indiquée et pleinement développée dans une première note est une névrose distincte.

6e Cas.

Une intéressante illustration de cette névrose a été mise en évidence par M. W., qui avait une corde étroite développée sur le médius, il y a dix ans. Quelques contractures s'étaient aussi développées dans la paume gauche, plus tardivement. Le malade

mentionna une curieuse névrose qui s'était manifestée dans le bras droit très souvent, surtout au réveil, et quelquefois l'après-midi : C'était une sensation de grand allongement, comme si l'épaule et le bras se détendaient jusqu'à atteindre deux fois leur taille naturelle ; sensation bizarre, étrange, par conséquent. Parfois, il souffrait aussi de l'épaule gauche. En 1885, je l'opérai; en disséquant la corde pour l'enlever, je constatai l'existence de tumeurs noueuses, d'aspect purpurique. L'opération, pratiquée après injection de cocaïne, ne fut pas douloureuse, et le doigt put être redressé sans peine.

Deux ans et demi plus tard, la main était absolument libérée des contractures. Les doigts pouvaient même être légèrement infléchis en arrière. La cicatrice était douce et blanche.

Aucune douleur pendant l'espace de deux ans. La névrose du bras disparut complètement. De plus, les cordes de la main gauche, qui n'avaient pas été opérées, diminuèrent peu à peu, et ne donnèrent aucun trouble.

7e Cas.

Le Dr W., un distingué physicien de cette ville, sans aucune hérédité, ni rhumatismale, ni goutteuse, attribuait ses contractures à l'usage d'une canne à dure extrémité ; son père d'ailleurs avait présenté la même maladie.

A sa main droite, pendant l'espace de 14 ans, il avait gardé une contracture de l'auriculaire. Récemment, il avait souffert de névralgies brachiales, deltoïdiennes, et du plexus cervical, analogues à un lumbago, du côté affecté. Sa main gauche vint au même état sept ans après la droite : Il y avait une sensation de brûlure dans la paume, et une névralgie commençante du bras. La main droite montrait des cordes se rattachant au petit doigt et à l'annulaire, et la gauche des cordes qui allaient également aux mêmes doigts.

Tels sont les quelques documents que nous voulions réunir, à titre d'exemples, pour montrer le caractère

particulier des phénomènes douloureux au cours des maladies de Dupuytren; et leur fréquence.

Quant au trouble du fonctionnement sudoral, la suppression de la sueur a beaucoup moins de valeur que son hypersécrétion : on peut la mettre au compte d'une atrophie des glandes sudoripares, étouffées par la poliférâtion fibreuse, au compte d'une cause purement locale par conséquent.

Cependant Guérin avait noté jadis, chez un malade vu par Dupuytren lui-même, que la sueur avait disparu depuis longtemps de la main malade.

Virgilio Bolli, dans une note publiée en 1902, s'est occupé de ces troubles de la sueur au cours des rétractions palmaires, sous le titre : Rétraction de l'aponévrose palmaire avec hyperhydrose de la main.

« Un fait intéressant, écrit-il, c'est que la peau de la main et des doigts est, pour ainsi dire, continuellement humectée par des gouttes de sueur. (Il n'y avait pas de troubles de la sensibilité; les reflexes étaient normaux). Déjà Tranquilli avait noté ce fait chez un malade qui présentait une contracture unilatérale, l'hypersécrétion sudorale se manifestant seulement du côté de la rétraction. L'hyperhydrose est plutôt rare, au point que certains auteurs, comme Guaraccino, ont écrit que la peau dans cette affection, dure, épaissie, sans élasticité, et adhérente aux tissus sous-jacents, avait perdu la fonction sudorale. Tranquilli établissait une relation entre une semblable sécrétion et les désordres vaso-moteurs, et pensait à des altérations du grand sympathique, en émettant une hypothèse vague, faute encore d'un sé-

rieux fondement anatomique et histologique. J'ai d'ailleurs la conviction que ce fait dut être compté parmi les troubles trophiques, et trouve sa cause — au point de vue de la nature et du siège — dans cette même lésion qui a causé la rétraction de l'aponévrose. »

Quant aux troubles vaso-moteurs qui ont été notés par quelques auteurs, il suffit de se rappeler que ce sont les mêmes troubles que ceux observés dans les syringomyélies. Ils sont plus fréquents que l'on pourrait croire, dans la mesure où des dispositifs expérimentaux un peu spéciaux, tels que l'ancien plethysphygmographe d'Hallion et Comte, ou les procédés utilisés par André Thomas permettraient de les déceler, alors qu'autrement ils passent inaperçus.

Cet ensemble de faits cliniques recueillis dans des observations où les auteurs n'avaient souvent aucun préjugé en faveur d'une origine médullaire de la maladie de Dupuytren, nous paraît avoir une certaine valeur, et plaider en faveur de lésions de la moelle autonome, dans les cas tout au moins où l'on n'a pas la preuve matérielle de l'existence de névrites priphériques. En tout cas, et d'une manière plus générale, en faveur d'une origine nerveuse de la maladie de Dupuytren.

Si l'on ajoute à cela que la coexistence de syringomyélies en évolution, décelées cliniquement, ou constatées aux autopsies, n'est malgré tout, pas exceptionnelle; et que les maladies diathésiques ou infectieuses chroniques, ne semblent déterminer la rétraction palmaire, de l'avis des plus récents auteurs, que par l'altération de centres trophiques de la moelle grise, soit par action directe et généralement indéterminée, soit par l'intermédiaire

d'une petite altération vasculaire : Cette idée d'une origine nerveuse de la rétraction des aponévroses paraît singulièrement se confirmer et reléguer les autres pathogénies au second plan.

Mais tant que la réalité, l'importance primordiale, et le fonctionnement d'une moelle autonome, ne seront pas mieux éclaircis qu'ils le sont aujourd'hui, un flottement dans les idées paraît devoir subsister.

Nous voudrions rappeler aussi un fait qui paraît avoir son importance : c'est la coexistence non exceptionnelle de la maladie de Dupuytren avec d'autres altérations similaires des tissus fibreux.

Il y a deux autres maladies du tissu fibreux que les connaissances anatomo-pathologiques permettent de rapprocher de la rétraction palmaire :

L'une, rare et assez bien connue, encore qu'elle ait donné lieu à des recherches beaucoup moins systématiques que la rétraction palmaire : C'est la rétraction des aponévroses plantaires.

L'autre, beaucoup moins connue, et n'ayant pas donné lieu, à notre connaissance, à des recherches systématiques au cours desquelles l'origine médullaire ait été envisagée : C'est la transformation fibreuse spontanée des corps caverneux.

Ces affections, naturellement, peuvent exister seules ; nous ne nous occuperons que des cas où elles coexistent avec la maladie de Dupuytren.

Pour ce qui concerne l'aponévrose plantaire, les documents sont très peu nombreux :

Beard dans sa thèse (1900), rapporte deux cas de

coexistence de maladie de Dupuytren et de rétraction plantaire.

L'un appartient à Madelung (1886).

L'autre à Souza-Leite (1886). Cette dernière observation est publiée par l'auteur *in extenso :* La rétraction palmaire était apparue en premier lieu, chez un homme de 43 ans, qui présentait d'ailleurs des arthrites rhumatismales : le début était marqué par l'existence de ces phénomènes douloureux spontanés sur lesquels nous avons insisté, fourmillements, élancements, crampes lorsqu'il s'agissait d'écrire; diminution notable de la sudation; la rétraction plantaire évolua plus tard, et fut précédée des mêmes fourmillements douloureux qu'à la main.

Aucun examen neurologique n'a été pratiqué. Il n'y a pas eu d'autopsies.

Durel avait publié déjà en 1888, dans sa thèse, cette observation de Souza-Leite. Il signalait par ailleurs, que l'on avait observé assez fréquemment des phénomènes de rétraction plantaire coïncidant avec la maladie de Dupuytren, mais sans donner de références.

Les *cas de Testi rapportés sont ceux qui semblent les plus démonstratifs.*

Rappelons que dans le cas de Perrero, malgré des lésions importantes de la moelle lombo-sacrée, il n'y avait pas de rétraction plantaire.

La transformation fibreuse des corps caverneux a été depuis longtemps reconnue cliniquement. Ce sont les chirurgiens qui l'on surtout étudiée, et le travail le plus important publié sur cette curieuse maladie, est celui

de Tuffier (1885) sur lequel nous allons revenir. Mais elle avait été observée auparavant; et les médecins eux-mêmes furent conduits à plusieurs reprises à son étude. On doit noter que ce sont les spécialistes des affections vénériennes qui s'en sont occupés à peu près seuls; cela explique vraisemblablement que, même lorsqu'ils eurent constaté l'existence de transformations fibreuses sans causes apparentes, telles que blennorragie ou syphilis, ils n'en ont pas moins été tentés d'expliquer l'affection primitive, ayant les mêmes caractères cliniques sensiblement que les transformations fibreuses secondaires par les mêmes causes que celles-ci.

La thèse d'Arou (Paris 1916), écrite sous l'inspiration de Bralez, permet de se faire, d'après l'analyse historique de cet auteur, une idée très claire de cet état d'esprit.

Il rappelle que ces nodosités d'une dureté ligneuse, allongées suivant l'axe de la verge, et révélées par la palpation, allant jusqu'à constituer quelquefois une bande scléreuse s'étendant à tout le corps caverneux, sans accompagnement de phénomènes inflammatoires, et qui constituent la maladie, avaient été considérées par Jullien dans son traité pratique des maladies vénériennes comme des gommes syphilitiques, sans qu'elles aient aucun caractère de gommes.

Mauriac, traitant de la sclérose du tissu érectile des corps caverneux, déclarait ne pas penser qu'elle soit de nature syphilitique, et inclinait à croire à leur nature blennorragique, sans donner là-dessus d'indications très sûres.

Fournier, dans son traité de la syphilis, ne voulait

guère se prononcer : il estimait que ces singulières lésions n'évoluaient pas à la façon des lésions syphilitiques; ne se conduisaient pas à la façon des gommes. Elles sont d'emblée, disait-il, ce qu'elles resteront plus tard; d'emblée, ce sont des scléroses qui persistent à l'état de sclérose. Elles sont, en outre, rebelles à tous les traitements. Et il concluait, en écrivant qu'elles sont absolument identiques, comme symptômes, comme évolution et comme incurabilité, à des lésions de même siège, qui se développent sur des sujets certainement indemnes de syphilis et dont la raison étiologique, quelle qu'elle soit d'ailleurs (arthritisme, goutte, diabète, blennorragie, traumatisme, sénilité), n'a rien à voir avec la syphilis.

Nous ne forcerons vraiment pas les choses en remarquant que Fournier tend à mettre cette maladie au compte des états diathésiques, tout comme on le fit pour la maladie de Dupuytren à une certaine époque, et même encore quelquefois aujourd'hui.

On devine très bien, par ailleurs, comment le travail de l'imagination clinique, s'est trouvé peu favorable à un rapprochement entre les deux maladies, au moment où la rétraction palmaire tendait à entrer dans le cadre des syringomyélies. Toute l'attention était portée, pour des raisons cliniques, sur les troubles trophiques des membres : Ce n'était qu'à la suite des rétractions palmaires, conçues comme symptôme d'un trouble trophique central ayant son siège, autant que l'on puisse en induire, d'après certains caractères de son histoire clinique, dans la moelle autonome, que la transformation fibreuse avec rétraction des corps caverneux pouvait

être envisagée elle aussi comme un trouble trophique d'origine centrale.

Aujourd'hui, où cette dernière notion tend à prendre de l'importance, et à se préciser, à mesure que le rôle du sympathique intra-médullaire paraît de plus en plus fondamental, la coexistence non exceptionnelle des maladïes de Dupuytren avec le nodus des corps caverneux ne peut qu'inciter à un rapprochement intime entre les deux affections, mais le problème étiologique des transformations fibreuses des corps caverneux est resté depuis longtemps complètement abandonné.

C'est le travail de Tuffier qui demeure le plus important sur cette question :

L'auteur rappelle que l'observation princeps sur la coexistence d'une maladie de Dupuytren et d'un nodus fibreux des corps caverneux, est due à Kirby qui les rattachait l'un et l'autre, assez théoriquement, à la goutte, à la diathèse arthritique. Dans le compte rendu de ce travail, dans la *Gazette médicale de Paris*, 1850, nous relevons un mode de début du nodus des corps caverneux qui ne nous est pas inconnu au cours des rétractions des aponévroses.

« M..., âgé d'environ 60 ans, écrit l'auteur, tenant de ses parents une constitution goutteuse, qu'il avait développée par sa manière de vivre, fut atteint par une douleur aiguë dans l'aine droite, que les efforts rendaient plus vive. Craignant d'avoir une hernie, il se fit examiner par M. Kirby, qui découvrit une dureté douloureuse de chaque côté du pénis, près du pubis. »

Marchal de Calvi, avait observé des nodosités semblables, et il les rattachait au diabète, tout comme il faisait pour la rétraction palmaire.

Pagett les rattachait aussi à l'arthritisme.

Tuffier insiste sur l'intérêt qu'il y aurait à préciser l'anatomo-pathologie de cette maladie, n'ayant en vue d'ailleurs, que l'examen histologique local de la tumeur naturellement, mais les difficultés matérielles sont considérables; c'est une affection rare; et malgré de très patientes recherches, il n'était pas arrivé, au moment où il publiait sa note, à pouvoir en disséquer.

L'examen très succinct d'un nodus fait par Leloir au laboratoire de Verneuil indique l'existence de tissu cicatriciel, de cellules embryonnaires en îlots tendant à la transformation fibreuse.

Tuffier estime ne rien pouvoir conclure provisoirement, et préfère s'en tenir, sans enthousiasme, à la notion plus clinique et généralement admise alors, de l'arthritisme.

Sur 35 observations qu'il a pu réunir, on en trouve 2 où les nodosités des corps caverneux coexistent avec des rétractions palmaires.

Une observation publiée par Cameron, dans les Mémoires de la Société de chirurgie de Glasgow :

« ... Le malade présentait en outre, depuis deux ans, un ganglion palmaire prononcé, qui avait amené la contraction d'un doigt ».

La 2e est une histoire de nodus des corps caverneux chez un diabétique :

« ... Il existe dans la paume de la main gauche deux petites indurations lenticulaires de l'aponévrose palmaire, le long du tendon de l'annulaire, dont l'extension n'est pas aussi complète que celles des autres doigts. »

Costilhes, chez un des saturnins affecté de rétraction

palmaire, dont l'histoire a été mentionnée, avait constaté que ce malade se plaignait d'avoir un os dans la verge;

On trouve en effet, écrivait-il, à la base de cet organe, une induration scléreuse, occupant toute la longueur de la verge, sur une épaisseur de quelques millimètres et s'étendant en hauteur de 2 à 3 millimètres. Il n'y a jamais eu de traumatisme de la verge. Urines normales. »

Féré, dans la *Revue de Chirurgie* de 1897, a rapporté un cas de coexistence de rétraction palmaire et d'induration du dos de la verge.

Rogues de Fursac, dans sa thèse a relevé la même coïncidence :

« Une autre particularité intéressante nous fut révélée par l'examen des organes génitaux. Le malade attira notre attention de ce côté en nous racontant que depuis trois ans tout rapprochement sexuel était devenu impossible à cause des douleurs très violentes qui accompagnaient fatalement les érections. Nous pûmes constater une véritable transformation scléreuse, occupant la moitié postérieure des corps caverneux, sous forme d'une masse dure, ligneuse, dont la présence déterminait une déformation, une coudure de la verge, au moment de l'érection. »

Il nous a paru intéressant de classer ces quelques faits : la similitude clinique et anatomique de la maladie de Dupuytren, des rétractions plantaires, des rétractions scléreuses des corps caverneux, paraissent devoir inciter à reprendre cette étude, avec l'idée qu'elles pourraient bien n'être que les modalités d'une même maladie d'origine centrale.

Il est certain, qu'au point où nous en sommes, et si l'on veut bien se reporter aux dates de diverses observations récentes rapportées au cours de cette note, un

flottement persiste dans les idées sur l'étiologie de la maladie de Dupuytren.

Ce qui serait souhaitable, ce serait une méthode d'examen aussi rigoureuse que possible, mais qui est extrêmement difficile à réaliser :

Parce que la maladie de Dupuytren est assez rare.

Que l'on n'a guère l'occasion de suivre les malades pendant une longue durée de leur vie; et de savoir si d'autres troubles ne viennent pas, à un moment donné, s'ajouter à la rétraction palmaire qui peut, dans ces conditions, d'une maladie proprement dite qu'elle semblait être, devenir un simple symptôme, comme c'est le cas dans celles que l'on voit liées à des syringomyélies. On ne saurait trop insister sur l'importance de ce caractère évolutif, actuellement où les connaissances sont encore trop incertaines. Raisonner sur les causes d'une maladie de Dupuytren que l'on voit pour la première fois, en l'absence de troubles nerveux, et avec tous les arguments cliniques et statistiques que l'on voudra, devrait être tenu provisoirement pour une erreur absolue.

Une autre difficulté est que rarement on a l'occasion de faire les autopsies. Il faudrait remarquer à ce propos que les examens anatomiques devraient être méthodiques, et ne plus être influencés par une idée pathogénique exclusive. Si nous avons, dans la première partie de cette note, fait un peu bon marché des dissections locales des anatomistes, puis des histologistes, c'était, en réalité, pour essayer de faire sentir le mouvement général des idées qui devait opposer plus tard à ces dissections, la découverte de lésions dans la moelle : mais

ce n'était pas pour en condamner le principe, qui reprend ses droits dans l'analyse actuelle des faits.

Les dissections de l'aponévrose et leur examen histologique font partie d'un examen anatomique méthodique, au même titre que les coupes de la moelle cervicale.

Il est vrai que méthodique n'est pas synonyme d'automatique; et que si ces examens locaux doivent aujourd'hui conserver leur intérêt, c'est surtout parce que l'innervation des aponévroses est mal précisée; et que l'on doit penser aussi actuellement à chercher les traces de malformations embryonnaires des tissus. Pour cette recherche, il est vrai, il faudrait toujours pouvoir faire des examens aux divers stades d'évolution (on sait qu'au début, les nodules que l'on a trouvé dans quelques cas, étaient de caractère fibromateux). Mais surtout, pour ce qui touche au problème embryogénique, il faudrait que les examens soient pratiqués chez des sujets extrêmement jeunes, des nouveaux-nés par exemple, ce qui constitue une éventualité très rare.

Les difficultés de l'étude de l'aponévrose palmaire sont donc extrêmes; et on s'explique ainsi que des auteurs, comme le Suédois Ali Krogius, commentant le travail de Kajawa (1917) sur le muscle petit palmaire, dans le dessein d'éclaircir la pathogénie de la maladie de Dupuytren, ait dû revenir encore une fois à un procédé de raisonnement inductif, mais cette fois en partant de savantes recherches anatomiques, à des considérations pathogéniques de cette sorte :

« J'ai pu constater, dans les observations faites sur les nouveau-nés, écrit-il, que l'on peut trouver encore, dans leur aponévrose palmaire, au milieu et au-dessous des éléments conjonctifs,

quelques minuscules éléments musculaires. On doit considérer en conséquence l'aponévrose palmaire comme une descendance des multiples transformations de la musculature superficielle de la main, très variable dans la lignée des mammifères et pouvant apparaître chez l'homme telle qu'elle fut chez ces derniers. »

Cet auteur insiste ailleurs sur l'aspect proprement hyalin des cordes de la maladie de Dupuytren ; le même que celui observé dans les parties transformées du chef principal du sterno-Cl. mastoïdien au cours des torticolis congénitaux.

Ali Krogius inclinerait à considérer la maladie de Dupuytren comme une hyperplasie du type embryonnaire ; un enclavome musculo-fibrogène, ce qui serait en accord avec des faits comme ceux que Kajawa a mis en évidence par de patientes recherches d'anatomie comparée (1).

Mais dans les autopsies méthodiques dont nous voulions parler, aucune hypothèse nouvelle ne doit dispenser de pratiquer à la fois des examens de l'aponévrose, des coupes de la moelle cervicale, et au besoin, un examen des troncs nerveux.

C'est seulement grâce à une méthode rigoureuse, semble-t-il, que la comparaison et le classement des divers cas de rétractions palmaires pourront, à la longue, prendre leur valeur.

---

(1) Nous ne voulons pas entrer dans l'examen des Maladies de Dupuytren considérées comme maladies congénitales. Mais le travail d'Alikrogius apporte à ce point de vue une contribution très importante. Il a pu dresser des schémas généalogiques, où l'on suit la transmission de la maladie. Mais il faudrait relier ces recherches à celles pratiquées sur les lésions centrales au cours des maladies de Dupuytren.

Notons qu'au reste, ces vues d'Alikrogius doivent être tenues jusqu'à plus ample informé, pour assez théoriques.

CHAPITRE III

Ces quelques observations voudraient indiquer dans quelles circonstances cliniques diverses on est amené à réfléchir à l'étiologie des rétractions palmaires.

Nous avons toujours observé qu'elles coïncidaient avec un symptôme au moins, permettant de penser à une lésion nerveuse centrale. Plusieurs fois aussi nous avons observé concomitament une légère perturbation du fonctionnement pyramidal.

OBSERVATION I

MALADIE DE DUPUYTREN

Maladie de Dupuytren unilatérale, coïncidant avec un processus syringomyélique du même côté.

OBSERVATION DE L. H., 58 ANS

Entré à Andral (B2), le 23 mars 1927.

Pour deux raisons :

1° Pour des lésions cutanées.

2° Pour une diminution de force et une maladresse du membre supérieur gauche ; d'autant plus sensible que le malade s'étant jadis fracturé l'avant-bras droit, et conservant une gêne de la supination de ce côté, se sert plus volontiers de sa main gauche. Cette maladresse daterait de quelques mois.

A. — *Les lésions cutanées*

Il y a deux ordres de lésions :

a) Sur tout le corps, sauf à la face, existent des cicatrices pigmentées, brunâtres ;

« Elles sont actuellement difficiles à interpréter. Cliniquement, on ne peut pas dire qu'elles aient les caractères d'une éruption syphilitique. Il n'y a pas de lésions dans la région scapulo-vertébrale, ni lombaire. On ne

peut dire que : Erythrasma ». (Cl. Simon et de Langen-Hagen.)

— A l'entrée dans le service, des lésions de grattage se surajoutaient; consécutives à une poussée urticarienne qui serait très fréquente chez ce malade depuis quelques mois.

b) Taches brunâtres, brun violacé, sur les membres inférieurs, îlots de pigmentation. Ulcérations sur la jambe droite. — L'ensemble réalisant l'aspect de ce que l'on nomme couramment l'eczéma variqueux, avec ulcères.

Il s'agit, en réalité, de la maladie de Favre (Cl. Simon), chez ce malade : C'est-à-dire *de la dermite pigmentée et purpurique des membres inférieurs* (Th. Chaix; Lyon 1926) :

A gauche, où il n'y a pas d'ulcérations, et où les dilatations variqueuses sont pratiquement inexistantes, il s'agit d'un cas type de cette maladie non arrivée au stade d'ulcérations, que l'on nomme à tort, au cours d'un diagnostic ultérieur : Des ulcérations variqueuses.

A droite : sur la jambe, plusieurs ulcérations, de la dimension d'une pièce de 0 fr. 50; contours à pic; fond atone. Quelques-unes sont entourées de plusieurs collerettes de squames blanches.

Sur la face postérieure de la moitié inférieure du mollet dorit, une vaste ulcération à contours polycycliques, à fond atone, à bords à pic. — Ulcération semblable, plus petite, sur la face interne du mollet.

c) On peut mentionner à côté de cesl ésions cutanées, l'existence sur la face dorsale de la langue, au voisinage

de la ligne médiane, à la partie moyenne, d'une plaque dépapillée, indurée plus que superficiellement : « C'est le seul stigmate cutaneo-muqueux qui pourrait être chez ce malade en faveur de la syphilis. » (Cl. Simon.)

B. — *Etat du membre supérieur gauche*

a) Ce que l'on remarque d'emblée :

Une flexion en crochet des 3e, 4e et 5e doigts.

Une rétraction de l'aponévrose palmaire.

Il y a très longtemps qu'elle a débuté : *au moins 20 ans.* Sans que le malade puisse préciser ni la date, ni le mode de son début :

Il aurait eu à peu près 28 ans, par conséquent.

Aucun trouble particulier, aucune douleur n'a accompagné le début de cette rétraction, dont l'évolution causait une gêne très minime. Il n'a pas cherché lui-même à rapporter le début à un traumatisme; jamais il n'a exercé de métier manuel pénible, ayant été tour à tour voiturier, puis chauffeur. — Il s'était fait peintre depuis six mois; et aurait présenté 2 coliques de plomb; actuellement il ne présente aucun symptôme de saturnisme. Il croit remarquer d'autre part, la coïncidence entre le travail de sa nouvelle profession et l'apparition des poussées d'urticaire. — Tout cela semblant être de peu d'intérêt, et sans influence sur l'histoire de la maladie qui préexistait.

Le malade ne connaît pas de rétraction palmaire chez ses ascendants, ni ses collatéraux, ni chez son fils.

Cette rétraction palmaire se présente sous la forme d'un cordon blanc, faisant saillie devant le 3e espace

intermétacarpien. A la base des doigs, ce cordon fibreux se divise en plusieurs digitations qui vont atteindre : le medius à son bord interne, et l'annulaire à son bord externe. Au palper, la région de la paume de la main adjacente à la base des 3 derniers doigts est indurée.

b) *Examen de l'état des muscles.*

La main gauche est atrophiée, par comparaison avec l'autre.

Effondrement de l'éminence thenar, où ne persiste qu'un mince relief musculaire au niveau du fléchisseur du pouce.

Diminution de volume de la masse de l'éminence hypothenar.

A la face dorsale : les espaces interosseux sont plus creux que de l'autre côté.

— La masse des fléchisseurs de l'avant-bras est aussi légèrement atrophiée.

Recherche de l'état des mouvements :

Ils sont très gênés : Depuis trois mois la force a diminué progressivement.

Pouce : Opposition impossible.

Abduction et adduction faibles.

Flexion à peu près conservée.

Ecartement des doigts possible ; mais faible.

Flexion de la main sur l'avant-bras plus faible que de l'autre côté.

Etat des réflexes.

Stylo-radial : Très faible à gauche. Très difficile à mettre en évidence.

Cubito-ponateur : N'a pu être mis en évidence, à gauche.

Tricipital : Difficile à mettre en évidence, à gauche. Et faible.

A droite : Tous ces réflexes osseux et tendineux sont nets.

Etat des sensibilités.

Tact et piqûre : Sentis également, à droite et à gauche.

Thermique : Le *chaud* est nettement senti sur le bord cubital de la main droite (brûlure d'une cigarette). Tandis que sur le bord cubital de la main gauche et la face palmaire de l'auriculaire gauche, il n'est pas nettement senti : le malade ne retire pas sa main.

En ces mêmes points : Discrimination lente, et souvent erronée du chaud et du froid.

L'hyperesthésie au chaud devient rapidement moins nette sur l'avant-bras gauche.

Conclusion : Légère dissociation des sensibilités superficielles, dite syringomyélique, sur le bord cubital de la main gauche.

Pas de troubles des sensibilités profondes.

Examen électrique (M. Delherm)

1° *Au faradique.*

Pas de troubles appréciables sur le cubital et les muscles qu'il innerve ; les interosseux réagissent.

L'excitation du médian détermine seulement quel-

ques contractions des *muscles palmaires* (grand et *petit palmaire*). Ces dernières répondent du reste également au faradique avec une petite diminution d'excitabilité. Quant aux fléchisseurs, leur contraction faradique est douteuse. Les muscles de l'éminence thénar innervés par le médian sont inexcitables.

2° *Au galvanique.*

L'excitation du médian ne détermine que la contraction des palmaires. Légère hypoexcitabilité sur les muscles de l'éminence hypothenar. Légère hypoexcitabilité sur les fléchisseurs. Décontraction brusque. Rien à signaler pour les interosseux.

Les fléchiseurs réagissent assez vivement, mais seulement lorsqu'on place l'électrode aux tendons : un peu lentement d'ailleurs. Sans inversion.

Inexcitabilité des muscles thenar innervés par le médian.

En résumé : Zône du cubital, très légère diminution d'excitabilité.

Zône du médian : L'excitation du nerf provoque seulement la contraction des muscles fléchisseurs du poignet. Les fléchisseurs des doigts ne répondent pas au faradique, mais répondent au galvanique avec point moteur déplacé; mais lentement. Les muscles de l'éminence thenar innervés par le médian sont complètement inexcitables.

A droite : Réponses normales.

N.-B. — L'incertitude des réponses, à gauche, au premier abord, est plutôt en faveur d'une origine centrale.

C. — *Autres renseignements fournis par l'examen clinique*

Etat des réflexes tendineux des membres inférieurs :

Réflexes rotuliens normaux.

Le réflexe achilléen gauche est très faible. Le droit existe.

Pas de s. pyramidaux.

Pupilles plutôt en myosis. De contour irrégulier. Inégales. Réagissent à la lumière; mais très faiblement.

Cœur : Petit souffle systolique à la pointe (quelques antécédents rhumatismaux d'ailleurs).

T. A. (Vaquez) : 11-6.

Bruits respiratoires normaux.

Onyxis bilatéral.

Albumine, sucre : 0 dans les urines.

Enfin : *Malformation de la peau* dans la région lombo-sacrée, sur la ligne médiane.

Au niveau de l'interstice entre L_5 et sacrum, plaque rougeâtre de la dimension d'une paume de main, saillante, recouverte de poils; le centre est à deux travers de doigt à gauche de la ligne médiane, zône périphérique rosée; zône centrale brune et un peu déprimée. Cette plaque tient dans la profndeur par l'intermédiaire d'une masse cordonale, fibreuse, que l'on sent nettement sous les doigts.

La radiographie ne montre pas d'ailleurs d'imperfection de forme du squelette de la région.

Il n'en reste pas moins que la lésion superficielle a tous les caractères de celles qui font souvent déceler un spina bifida occulta.

Noter encore que pendant le séjour à l'hôpital, des douleurs rhumatoïdes intenses sont survenues, surtout aux épaules; sans symptômes matériels permettant un diagnostic plus précis. Leur disparition a coïncidé avec une cure d'iodure de potassium.

— *Trois Wassermann dans le sang ont été positifs.*

Le traitement n'a pas pu rendre la réaction négative.

Trois Wassermann dans le liquide C. R. ont été négatifs.

Par ailleurs l'ex. du L. C. R. montre :

Tension au manomètre de Claude: 46 (position assise).
Cytologie : 1,5 éléments (lymphocytes) par mm3.
Albumine : 0 gr. 56.

CONCLUSIONS :

1° *Le malade est un syphilitique.*

Noter à ce propos la coexistence fréquente, dans le travail de Chaix, entre la maladie de Favre et la syphilis.

Le nodule scléreux de la langue faisait penser à la syphilis.

Quant à l'abolition du réflexe achilléen gauche, étant donné l'existence possible par ailleurs d'une malformation congénitale du canal et de la moelle lombo-sacrée ; il semble que l'on ne puisse pas formellement conclure. (Légère albuminose et lymphocytose rachidiennes, il est vrai).

Noter cependant que le Wassermann est négatif dans le L. C. R.

La réaction positive dans le sang affirme quant au reste la syphilis.

2° *Il présente un processus syringomyélique,* qui s'est développé là où existait précédemment une rétraction palmaire.

La topographie des amyotrophies et de la dissociation des sensibilités superficielles;

L'abolition des réflexes osseux de l'avant-bras;

L'état des réactions électriques,

ont permis de conclure à une lésion des fibres du median surtout, et aussi du cubital. C'est-à-dire à l'existence d'une lésion minime de la moelle cervicale, s'étendant entre C_5 et D_1, unilatérale, et intéressant les cornes antérieures, en empiétant légèrement vers C^8 D^1 sur la voie thermique incluse dans la substance grise.

3° *Existence d'un stigmate de spina-bifida lombo-sacré.*

On doit tenir compte par conséquent de cet ensemble de faits dans l'interprétation clinique de la rétraction palmaire. Une autopsie pourrait seule naturellement donner la certitude.

1° Peut-on établir une relation entre l'apparition précoce de la rétraction palmaire et l'évolution actuelle d'un processus syringomyélique : Rien n'empêche de les réunir dans la notion d'un trouble trophique progressif d'origine centrale. Cette notion est nettement fondée pour les amyotrophies; on n'a pas besoin d'examens anatomiques pour affirmer qu'elles coïncident avec des lésions des cornes antérieures correspondantes. Elle l'est beaucoup moins actuellement pour la rétraction

palmaire : D'anciens et récents travaux se sont accordés toutefois de plus en plus pour situer des centres trophiques de la peau, des articulations, et des aponévroses, dans la substance grise juxta-ependymale.

On peut très bien concevoir par conséquent, anatomiquement, une destruction progressive de divers centres trophiques dans la même zone (ici la Col. cervicale, entre C_5 et D_1).

Une remarque paraît devoir être faite, à ce propos : On a vu, au cours de l'historique, que l'on classait volontiers aujourd'hui la maladie de Dupuytren parmi les trophonévroses, en lui attribuant la nature d'une maladie du sympathique intra-médullaire. Il semble que le cas présent, précisément, puisse montrer combien cette notion reste encore mal éclaircie.

Il est impossible, en effet, de faire entrer les symptômes de notre malade dans le chapitre provisoire, mais classique actuellement, et suffisamment défini, au point de vue anatomique et sémiologique, des lésions du sympathique médullaire.

Cliniquement, en effet, celles-ci se révèlent par :

Des troubles vaso-moteurs.
sudoraux.
pilo-moteurs.

Le malade n'a jamais présenté aucun de ces troubles. Est-ce la peine de chercher à les déceler ?

Il faut se rappeler que, d'après les travaux d'André Thomas, le centre médullaire de ces fibres sympathiques des membres supérieurs ne remonte pas au-dessus de D_2 ; et que ces fibres viennent seulement rejoindre le

plexus brachial pour s'y engager, par l'intermédiaire de la chaîne sympathique. Il faudrait donc supposer, dans le cas présent, que la lésion qui siège avant tout dans la région de la moelle répondant à C_8-D_1, dépasse aussi la limite inférieure de D_1.

Nous nous sommes astreints à pratiquer ces épreuves : la recherche du réflexe pilo-moteur, par les divers moyens habituels, n'a donné aucun renseignement chez ce malade dont les poils étaient peu abondants et la peau parsemée de lésions multiples intéressant aussi le derme. Cette recherche était même doublement irrationnelle, puisque ici c'étaient le median et le cubital qui étaient en tout cas en cause, et qu'ils ne contiennent pas, ou extrêmement peu de fibres pilo-motrices.

Avec l'appareil de Pachon, nous n'avons pas obtenu de différences sensibles, dans le régime circulatoire. En admettant qu'elles existâssent (le median et le cubital étant les nerfs vecteurs principaux des fibres vaso-motrices), il aurait fallu des appareils beaucoup plus sensibles pour les déceler.

Quant à la recherche des troubles sudoraux, elle n'avait aucun intérêt : Dans un cas comme celui-ci, ils ne valent que lorsqu'ils sont spontanés, indiquant alors le siège d'une lésion centrale. Les épreuves à la pilocarpine ne donnent qu'un renseignement global, sans que l'on puisse différencier l'action de ce poison sur les fibres nerveuses du sympathique proprement dites, et l'action sur les fibres musculaires lisses périphériques. (Langley.)

II° Si l'on admet la relation entre la rétraction palmaire et le processus syringomyélique plus tardif :

Faut-il penser qu'il s'agit d'une lésion congénitale de la moelle seule, évoluant pour son compte.

Ou d'une lésion congénitale, qui a favorisé, chez ce syphilitique une localisation médullaire de la syphilis.

Une troisième hypothèse serait possible, si l'on ne tenait pas à établir un lien entre les deux affections : Existence d'une rétraction palmaire. Puis, par hasard, petit processus syringomyélique chez un syphilitique.

Le fait que le Wassermann soit négatif dans le liquide C. R. va dans une certaine mesure contre l'idée de syphilis (3 examens) mais dans une certaine mesure seulement. La légère lymphocytose et albuminose rachidiennes peut suffire à faire penser à la constitution d'un petit foyer de méningo-myélite syphilitique.

Jusqu'à quel point pourrait-on concevoir une petite thrombose solitaire d'un vaisseau de la moelle, avec un petit ramollissement consécutif. On ne peut que l'imaginer, sans preuves.

Le malade d'autre part n'est pas hypertendu, n'est pas artério-scléreux. (Th.: 11-6 au Vaquez).

On pourrait remarquer que presque toujours ces sortes de lésions de la moelle, lorsqu'elles sont de nature syphilitique, sont bilatérales.

Reste l'hypothèse de syringomyélie, comme conséquence évolutive d'une petite malformation congénitale: Le stigmate de spina-lifida est en faveur de cette hypothèse. En tout cas, en dehors des lésions décrites à la main et à l'avant-bras gauche, on n'observe aucun symptôme de syringomyélie : ni troubles trophiques articulaires; ni cypho-scoliose; ni troubles oculaires; ni paralysies bulbaires; ni signes pyramidaux.

Le L. C. R. est légèrement hypertendu.

Une légère hyperalbuminose.

Des douleurs rhumatoïdes, comme on peut en observer au cours de certaines hydromyélies, avec distension du canal ependymaire.

Il semble qu'il soit difficile d'interpréter avec sûreté ces symptômes.

L'autopsie pourrait seule donner une certitude.

Quelques mois après sa sortie de l'hôpital, le malade est mort à la suite d'un ictus.

L'autopsie n'a pas pu être pratiquée.

OBSERVATION II

Maladie de Dupuytren bilatérale, donnant l'aspect d'une griffe cubitale, avec suppression du réflexe pilomoteur chez un individu qui le présentait au maximum et très facilement auparavant; évolution rapide, à la suite d'une fracture de cuisse avec large plaie, et infection du nerf sciatique poplité externe.

Mad. L...

Novembre 1926 :

Fracture de cuisse, au cours d'un accident de rue.

Large plaie.

Le sciatique poplité externe, qui avait une origine haute, avait traîné dans la poussière, était dilacéré et infecté.

Amputation.

Mai 1927 :

Apparition d'arthralgies dans les épaules; les mouvements étendus de l'articulation deviennent impossibles.

Arthralgies dans les articulations du coude.

(Le salicylate, le thorium sont sans efficacité).

Pas de douleurs, spontanées tout au moins, dans la C. V. Mais on aurait trouvé, à ce moment-là, deux apophyses légèrement douloureuses à la pression.

La malade se servait depuis quelque temps de béquilles : mais aucune parésie, ni paralysie (surtout du nerf radial) n'accompagnent ces troubles, il paraît difficile de rapporter ceux qui devaient se manifester ensuite à une irritation isolée du nerf cubital.

En effet, quelque temps après les premières douleurs articulaires, d'autres douleurs apparurent, localisées aux articulations des mains.

Elles furent précédées par un gonflement passager des deux mains (face dorsale, et face palmaire). Ce gonflement diminua progressivement, tandis que se développait une rougeur intense de la paume de la main; celle-ci dura un certain temps, puis disparut à son tour.

C'est alors que les deux derniers doigts se plièrent. En quelques jours les autres doigts se fléchirent un peu, mais beaucoup moins, plutôt comme si leurs mouvements étaient gênés par la flexion des autres. L'extension de ces deux derniers doigts, soit spontanée, soit forcée, était impossible, et causait une douleur vive.

On ne constatait pas de modifications considérables de l'aspect des articulations métacarpo-phalangiennes,

et phalango-phalanginiennes. A ce moment-là, des nodosités se développèrent dans les paumes des mains, dont la peau se plissa légèrement et s'épaissit, sur le bord cubital de la main.

Il n'y eut pas de sensations de brûlure, ni de troubles de la sudation.

Le massage et la mobilisation, pratiquées d'emblée, ont donné une amélioration appréciable des mouvements des doigts.

Janvier 1928.

Nouvel examen.

Les articulations des deux derniers doigts (de l'auriculaire surtout) sont plus ou moins ankylosées.

Plissement de la peau des paumes, et épaississement, sur le bord cubital de la main.

Pas d'amyotrophies appréciables des muscles hypothenar.

Pas de douleurs à la pression du nerf cubital.

Les sensibilités superficielles (tact, piqûre, chaud et froid) sont normales.

Le seul signe matériel en faveur de l'existence d'une lésion centrale consiste en une abolition du réflexe pilomoteur chez une malade qui avait toujours remarqué auparavant, ainsi que son entourage, la facilité et l'intensité avec lesquelles se produisait la réaction pilo-motrice.

Aucun fait remarquable n'était à retenir dans les antécédents plus lointains ou personnels, ou familiaux.

OBSERVATION III

Maladie de Dupuytren héréditaire unilatérale chez un malade présentant une abolition extrêmement nette du réflexe pilo-moteur du même côté.

M. R...

Emphysémateux, avec légère insuffisance cardiaque.

Aspect un peu cyanotique des mains, qui sont froides.

A la main droite : Flexion complète de l'auriculaire, qui a évolué lentement, progressivement, sans qu'il soit possible de préciser le début exact de la flexion.

Extension absolument impossible.

Saillie du tendon fléchisseur du cinquième doigt, adhérent à l'aponévrose palmaire, plissée en ce point, et formant la corde classique.

Pas d'amyotrophies.

Jamais de phénomènes douloureux.

Toutes les sensibilités cutanées sont normales. T. A. (Pachon), et indice oscillométrique; identiques et normaux aux deux poignets (15;8 — 2,5).

Réflexe pilo-moteur :

Pincement du trapèze droit : Aucune réponse.

Pinceemnt du trapèze gauche : Réflexe pilo-moteur intense, dans toute la moitié gauche du corps. Le phénomène est d'une évidence absolue, grossière, aussi net que dans les photographies du travail d'André Thomas.

On note par ailleurs :

Une flexion peu nette de l'orteil gauche pendant l'ex-

citation plantaire (alors que la flexion est parfaite à droite).

(Le malade a refusé la P. L.)

Pas de diathèses ni de syphilis connue.

Antécédents héréditaires, collatéraux.

1° 4 frères, morts d'affections diverses.

a) 1 frère, mort en 1926, à 76 ans.

Présentait la même rétraction palmaire, avec flexion de l'auriculaire, à la main droite. (Début entre 20 et 30 ans, insidieux, comme ici).

b) Les trois autres frères, morts à 40, 72, 47 ans auraient présenté exactement la même déformation.

2° Le père, mort à 78 ans.

3° Le grand-père,

auraient eu aussi une maladie de Dupuytren.

Aucune diathèse, ni syphilis connue, chez aucun de ces malades.

OBSERVATION IV

Maladie de Dupuytren à son début, coïncidant avec une amyotrophie des muscles Thenar, et leur hypoexcitabilité faradique et galvanique; incertitude des réponses, pour une partie de la voie pyramidale.

Louis S..., 63 ans, frappeur.

Entré à l'hôpital pour une hydarthrose du genou droit, qui fut considérée comme une hydarthrose tuberculeuse.

Par ailleurs : Une certaine maladresse du membre supérieur droit.

Diminution de la force musculaire des muscles de la main droite; avec une amyotrophie très visible, mais modérée, des éminences thenar et hypothenar.

A la main gauche, il n'y a pas d'amyotrophies.

Mais dans la paume des deux mains, on remarque un léger plissement de la peau, et on trouve des nodosités, ayant tous les caractères d'une maladie de Dupuytren bilatérale à son début.

Pas de douleurs sur le trajet des nerfs.

(L'articulation scapulo-humérale droite n'est pas sensible à la pression; l'aisselle est libre; pas d'atrophie du deltoïde; mais la soudure de la tête humérale à la cavité glenoïde de l'omoplate est incontestable).

Les réflexes tendineux et periostés (surtout le stylo-radial) sont plus vifs à droite qu'à gauche.

Les sensibilités du tégument sont intactes.

Le réflexe pilo-moteur n'était pas assez net chez ce malade pour pouvoir être utilement interprété.

L'examen électrique des nerfs et des muscles, aux membres supérieurs, a donné le renseignement suivant :

Hypoexcitabilité faradique et galvanique légère des muscles thenar à droite, sans lenteur de la secousse, et sans D. R. — Irrégularité d'un point à l'autre des mêmes groupes musculaires, dans les réponses : ce qui serait plutôt en faveur de l'hypothèse d'une origine centrale (Delherm).

Le caractère des réponses des muscles était d'autant plus important à apprécier dans ce cas que, le malade étant frappeur de son métier, on pouvait se demander si

l'atrophie n'était pas sous la dépendance d'une altération *in situ* des faisceaux musculaires.

On notait par ailleurs encore, cliniquement, une incertitude dans les réponses de l'orteil à l'excitation plantaire, du côté droit : tantôt flexion; tantôt extension. (Un phénomène analogue avai été noté chez le malade de l'observation n° 3.)

L. C. R. normal.

Wassermann dans le sang négatif. — Pas de stigmates cliniques de syphilis. Pas de diathèses, dans les antécédents.

OBSERVATION V

Maladie de Dupuytren ayant débuté dans l'enfance (demeurée longtemps très légère); brusquement aggravée à l'âge de 57 ans, et devenue intense en quelques mois.

Dans l'intervalle, à l'âge de 27 ans, était survenue une fracture de la colonne cervicale. Les sequelles neurologiques qu'elle a laissé s'enchevêtrent avec certains symptômes qui pourraient être liés aussi d'autre part à l'évolution spontanée d'une maladie de Dupuytren.

En particulier, différence extrêmement nette entre les réflexes pilo-moteurs droit et gauche.

M. 57 ans (livreur).

Maladie de Dupuytren bilatérale.

Depuis l'enfance, flexion légère du 5e doigt gauche (flexion de la phalange sur le métacarpien).

Accentuation considérable de la flexion depuis quelques mois. D'autre part, le 4e doigt de la même main s'est fléchi ; et *par ailleurs, les 4e et 5e doigts de la main droite.* — Cordons très épais : rétraction intense.

Il faut insister sur l'apparition brusque et tardive de cette rétraction palmaire à droite, puisque l'examen neurologique va montrer de ce côté-là un maximum de lésions.

On note par ailleurs :

— Des douleurs et des craquements dans la région cervicale.

Les déformations de la colonne cervicale, conséquences de la fracture, sont difficiles à apprécier cliniquement : mais deux radiographies montrent nettement le foyer de fracture.

— Légère scoliose, à concavité droite, au niveau de D6.

— La mensuration comparée des bras et avant-bras n'a pas montré d'atrophies appréciables.

La masse des muscles thenar est moins volumineuse sensiblement à droite qu'à gauche.

— Les réflexes periostés (stylo-radial et cubito-pronateur) sont très faibles des deux côtés.

Le réflexe tendineux du triceps est plus faible à droite qu'à gauche.

— Examen faradique des muscles :

Décontraction lente du trapèze; de l'angulaire; du sous-épineux, à droite.

du biceps et du long supinateur, à gauche.

Le *réflexe pilo-moteur,* au cours de ces recherches,

apparaît beaucoup plus net à droite qu'à gauche. (*Phénomène d'une apparence grossière.*)

— Sensibilités cutanées normales.

— Rien d'anormal aux membres inférieurs.

Cette rétraction palmaire, avec brides fibreuses très épaisses, a été traitée sans succès par la radiothérapie profonde cervicale. On ne peut pas espérer agir en effet, dans ces conditions, sur un tissu de sclérose aussi dense, c'est dans un cas semblable que l'association de la chirurgie et de radiothérapie (aussi bien localement que sur la moelle) paraîtrait rationnelle.

OBSERVATION VI

Rétraction palmaire apparue au cours d'une nevraxite épidémique avec syndrome sympathicotonique, et guérie après traitement radiothérapique de la moelle cervicale.

M. B., 63 ans. Examiné en 1923.

Vingt ans auparavant, avait présenté une crise de dépression mélancolique, traitée par Dubois de Berne (durée : un mois).

En décembre 1921, avait débuté un état de dépression psychique à forme mélancolique (dégoût de l'action, des aliments ; tristesse, pleurs, indifférence).

En février 1922, période de somnolence continuelle, qui vint se surajouter à l'état mélancolique. Celui-ci réapparaissait au réveil.

Vers le mois d'avril 1922, état fébrile (38,5) pendant

huit jours. Vers la même époquqe : Phobies et interprétations délirantes (crainte des rats, de la syphilis; sensations de dessèchement).

Au mois de septembre 1922, douleurs en coup de poignard dans les doigts et les mains, avec irradiations.

Les phobies disparurent vers le mois de novembre 1922, en même temps que par ailleurs, peu à peu, une rétraction des aponévroses palmaires se constituait.

Pendant une période d'excitation mentale, le malade se plaignit des mêmes douleurs dans les mains qu'auparavant. Sensation de « contractions cérébrales », suivant sa propre expression, à l'occasion des douleurs de mains.

Les rétractions palmaires avaient augmenté.

Examen en 1923 : (février).

La rétraction de l'aponévrose est plus marquée à droite.

Extension et flexion gênées. Crises douloureuses.

Tremblement léger, intermittent, de la main droite.

Myotonie dans les mouvements passifs répétés.

Hypoesthésie globale (tous les modes de sensibilité), aux deux mains et aux doigs (surtout l'index).

Réflexe pilo-moteur très marqué, et à extension bilatérale.

Dermographisme très accusé.

T. H. : 16-7. — Indice oscillométrique : 4 divisions (détermination en dehors des crises douloureuses).

Pouls : 80.

Réflexe oculo-cardiaque : 80.

Réflexes tendineux normaux.

Papilles normales.

Appareils divers : Rien d'anormal, par ailleurs.

Le diagnostic posé fut celui de : Nevraxite épidémique avec état mélancolique et phobies, syndrome sympathicotonique.

Traitement à l'ésérine pendant quelques jours. A la cessation de ce traitement, les douleurs dans les mains redevinrent plus vives.

En avril 1923, trois applications de rayons X furent faites sur la face antérieure de la main, et deux sur la face antérieure des poignets.

En mai et juin, M. Delherm pratiqua des irradiations de la nuque, qui parurent donner rapidement un peu d'amélioration fonctionnelle et matérielle.

En mai 1924, le malade, de passage à Paris, fut examiné à nouveau : L'état mental était redevenu normal; l'activité complète.

Les déformations digitales avaient complètement disparu. Seules, quelques petites brides fibreuses, à peine visibles, persistaient dans les paumes des mains, comme témoins de la maladie de Dupuytren qui avait existé auparavant, et s'était guérie. Les douleurs dans les mains avaient aussi complètement disparu.

Le malade mourut ultérieurement, au cours d'une intervention pour cholécystite aigue. L'autopsie ne put être pratiquée.

CHAPITRE IV

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Les faits qui ont été rapportés, les critiques qui ont été formulées, doivent leur intérêt aux conclusions thérapeutiques que l'on en peut déduire.

Nous avons vu que l'étiologie de la maladie de Dupuytren, bien qu'incomplètement éclaircie, n'était pas unique. On ne saurait plus, par conséquent, se contenter d'une intervention chirurgicale automatique, comme on le fit jadis. Pour ne prendre qu'un exemple, là où une syringomyélie paraît être le substratum anatomique de la maladie, c'est sur la cause de cette syringomyélie que l'on devra chercher à agir ; mais il suffit de se rappeler alors les diverses variétés de celles-ci, pour comprendre que l'on est sans action sur la plupart d'entre elles, à l'exception des glioses médullaires. Sur ce seul point par conséquent, on peut se rendre compte combien les indications thérapeutiques seront limitées.

Il faut précisément y insister : Car ce qui est vrai des syringomyélies, est vrai d'une manière plus générale, pour la conduite à tenir en présence de ces rétractions palmaires. Là comme ailleurs, en présence de facteurs étiologiques délicats à interpréter, la perfection aussi grande que possible des inductions cliniques est indispensable pour guider le traitement. Il faut garder les causes et les modes d'évolution anatomique présents à l'esprit.

⁂

Si on voulait rappeler brièvement, au moins à titre de curiosité, quelques-unes des thérapeutiques préconisées dans divers cas, en dehors du traitement chirurgical primitif et classique, on pourrait retenir les faits suivants :

Quelques cas de guérisons spontanées ont été observés; il paraît assez difficile de se prononcer sur la valeur de ces observations : Gustavo Ferrari par exemple (1906), a rapporté le cas d'un individu qui, après avoir refusé toute intervention chirurgicale, se frictionnait lui-même fréquemment la main, et la maintenait pendant quelques minutes sous le jet d'une fontaine; au bout d'un certain temps, l'amélioration aurait été considérable, et plus tard la guérison complète.

Parmi les traitements médicaux mis en œuvre, Costilhes notait dans deux cas une amélioration, voire une guérison, grâce à l'iodure de potassium.

L'un était dû à Letulle. On avait employé une pommade : Axonge — 20; iodure de K — 10; teinture d'iode — 2. Au bout de huit jours, la peau était adoucie, ramollie, et le doigt pouvait s'éloigner de la paume de 1 centimètre environ; après une autre huitaine, l'amélioration avait fait de tels progrès que l'extension pouvait se faire d'une manière presque complète. Lorsqu'on cessa l'usage de la pommade, l'amélioration persista. Le malade fut revu plus tard et la rétraction ne s'était pas reproduite. Il était remarquable qu'une rétraction avait été opérée à l'autre main, et avait récidivé.

Dans l'autre cas, Costilhes avait rapporté une amélioration spontanée due à l'effet d'un traitement ioduré longtemps poursuivi, en raison d'antécédents spécifiques.

Il concluait que le traitement par les iodures pouvait être indiqué pour une catégorie de malades.

Ce syphilitique dont l'observation a été rapportée (obs. I) a été mis au traitement ioduré, mais depuis un temps court (quelques mois), et on ne constate aucun changement dans son état.

En 1906, Jellinek avait préconisé les injections locales de thiosinamine. Dans son cas principal, une photographie de la main, avant et après le traitement, paraissait très démonstrative. Giovanni Tognoni avait repris cette méthode. Aujourd'hui, comme le mentionne Perseguers dans une thèse récente (1923), ces résultats négatifs semblent être de beaucoup les plus nombreux, et la méthode serait pratiquement abandonnée.

Des traitements plus simples, par massage et mécanothérapie auraient donné de bons résultats à quelques auteurs, tels que Salaghi (1902).

Nous n'avons fait que mentionner pour mémoire ces thérapeutiques. Elles peuvent avoir leur raison d'être : les auteurs les mentionnaient dans la mesure où ils croyaient observer ou obtenir des résultats, au moins dans quelques cas particuliers.

*
**

A l'heure actuelle, deux thérapeutiques sont utilisées, soit indépendamment l'une de l'autre, soit associées ;

La thérapeutique chirurgicale et la radiothérapie.

Il semble que l'on puisse essayer de schématiser aussi simplement que possible les cas principaux :

1° Dans les cas de rétractions peu évoluées, on peut essayer la radiumthérapie ou la radiothérapie profonde seules, sur la paume de la main.

Les plus récents examens des histologistes (cf. la thèse de Perseguers par exemple), montrent que la rétraction palmaire est une fibromatose en évolution, contenant des îlots de cellules jeunes, embryonnaires; une tumeur, en un mot.

Des améliorations considérables, ou des guérisons, ont été obtenues. La méthode n'est d'ailleurs pas nouvelle. Dans la séance de la Société médicale des hôpitaux du 27 novembre 1925, Béclère commentant de bons résultats obtenus avec le radium par Apert et M. Laborde, s'exprimait ainsi :

« On connaît depuis plus de vingt ans l'action favorable des rayons de Roentgen sur la rétraction de l'aponévrose palmaire, surtout dans ses périodes initiales. On trouverait dans la petite collection de moulages, que j'ai laissée à Saint-Antoine, des moulages de main, avant et après la rœntgenthérapie, qui sont la preuve manifeste de l'efficacité de ce traitement. Au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences qui s'est tenu à Grenoble, en juillet dernier, Salomon a fait une communication sur ce sujet : traitement radiothérapique de la maladie de Dupuytren, c'est la méthode de choix. »

Pagnez et Joly, Specklin et Stoeber; et d'autres auteurs sont de cet avis. Salomon écrivait, dans la note publiée par le journal d'électrologie (1925) :

« La rœntgenthérapie a été utilisée dès 1902 par Beclère avec de bons résultats. Depuis 1916, nous avons traité 10 cas de rétraction de l'aponévrose palmaire, et les résultats nous ont paru assez intéressants pour attirer de nouveau l'attention de nos collègues sur cette affection et sur son traitement.

Sur ces 10 cas, 4 ont abandonné assez rapidement leur traitement radiothérapique, celui-ci, comme nous le verrons, devant être assez long. Dans les 6 autres cas, 1 cas est resté peu modifié, et dans les 5 autres, une régression plus ou moins importante des lésions a été obtenue, pouvant aller, dans les cas au début, jusqu'à la guérison clinique. Les modifications portent surtout sur la mobilité des doigts; les nodosités palmaires sont moins influencées. »

Une série de témoignages sont annexés à cette publication : ils sont très favorables, surtout pour la radiothérapie pratiquée au début. Le radium agirait peut-être mieux sur des rétractions plus avancées.

2° Dans les cas très évolués, il faut compter en effet, que l'on n'aura pas d'action sur la prolifération fibreuse, devenue trop dense.

C'est alors que, rationnellement, une exérèse des cordons fibromateux peut être pratiquée :

Soit que l'on se contente d'une exérèse simple;

Ou mieux d'une exérèse avec autoplastie, suivant la méthode préconisée par Berger et Rogues de Fursac.

On peut aussi pratiquer l'exérèse chirurgicale, et la radiothérapie ultérieurement.

3° Une catégorie de malades très particulière est celle

où la rétraction est associée à des symptômes de syringomyélie, alors que les examens cliniques permettent de présumer l'existence d'une gliose médullaire en évolution.

Au lieu de pratiquer une radiothérapie locale, on peut être amené à faire la radiothérapie profonde sur le renflement cervical. Des améliorations considérables, ou même des guérisons ont pu être obtenues par ce procédé. (Monnier-Vinard et Delherm). (Obs. VI).

***

Si l'on compare ces quelques indications à la complexité du problème étiologique, on peut juger combien ces indications restent fragmentaires. Il faut précisément s'en convaincre. C'est lorsqu'on admettra que, dans de très nombreux cas, on est en droit de s'abstenir, que l'on appréciera mieux les bons résultats obtenus d'une manière à peu près certaine aujourd'hui dans quelques autres, en s'aidant des moyens de diagnostic et thérapeutiques dont on dispose.

CONCLUSIONS

Les rétractions des aponévroses palmaires ont été considérées longtemps comme des maladies locales, relevant exclusivement de la chirurgie.

Puis comme des troubles trophiques liés à des états diathésiques.

Les documents cliniques et anatomiques fournis par des recherches plus modernes sont en nombre suffisant désormais, pour que l'on puisse constater, avant tout, la coexistence fréquente de cette maladie des aponévroses avec une altération du système nerveux : soit du système nerveux priphérique; soit de la moelle, dont on doit toujours interroger les réactions avec soin. Il s'agirait le plus souvent, d'un trouble trophique d'origine centrale, du même ordre que ceux observés dans les syringomyélies.

Dans quelques cas, on a pu être amené à poser le diagnostic de gliose médullaire, et obtenir de bons effets thérapeutiques par la radiothérapie profonde de la moelle cervicale.

Vu :

Le Doyen,
ROGER.

Le Président de Thèse,
GEORGES GUILLAIN.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

1832 — ALIBERT. Monographie des dermatoses.
DUPUYTREN. Journal universel et hebdomadaire, T. 6.
AVIGNON DE MORLAC. Th. Paris.
1833 — DUPUYTREN. Transact. médic., T. 9.
GUÉRIN. Gaz. médic.
1839 — DUPUYTREN. Leçons orales de clinique chirurgicale.
1843 — GUÉRIN. Journal médic. de Championnière.
1844 — MOREL-LAVALLÉE. Th. agrég.
1849 — SABATIER. Th. Paris.
1850 — KIRBY. Gaz. méd. de Paris, p. 676.
1860 — BROWN-SEQUARD. Leçons sur les vaso-moteurs.
1861 — MENJAUD. Th. Paris.
1863 — REMACK. Ueber den Einfluss des Centralorgane des Nervensystems auf den Krankheiten der Knocken und Gelenken.
1864 — EULENBURG. Berliner Klin. Wochenschr.
1868 — LACROIX. Th. Paris.
1869 — FORT. Th. agrégation.
1872 — ROQUE. Th. Paris.
1874 — MEILLET. Th. Paris.
1875 — VULPIAN. Leçons sur l'appareil vaso-moteur.
1877 — BAILLOD. Th. Paris.
1878 — LARGILLIÈRE. Th. Paris.
1882 — LANCEREAUX. Traité de l'herpétisme.
JEANPIERRE. Th. Paris.
CHEVROT. Th. Paris.
TRANQUILLI. Bolletino Soc. Lancisiania.
1883 — CAYLA. Gaz. hebdomad.
EULENBURG. Neurologisches centralblatt.
DREYFOUS. Th. agrég.
1884 — VIGER. Th. Paris.
DEMANGE. Revue de Médecine.
ABBE. — New-York Medical Journal.
1885 — TUFFIER. Annales des maladies des organes génito-urinaires.
N. SMITH. British Médical Journal.
COSTILHES. Th. Paris.

1886 — AMAT. Gaz. Médic. de Paris.
VIZIOLI. Giornale di neuropatologica.
GUARRACINO. Riforma medica.
1887 — REGIS. Gaz. medic. de Paris.
JOFFROY et ACHARD. Archives de Physiologie.
CARDARELLI. Atti del Congresso dell'Associaz. medica ital.
1888 — ABBE. Medic. Rec.
DUREL. Th. Paris.
1889 — CHARCOT. Bulletin Médical.
KISGEN. Th. de Würtzburg.
JOFFROY. — Soc. Médic. des Hopit.
NEUHAUS. Zür pathol. der hôhelnbildungen im Rückenmarke. (Berlin).
1891 — BRIANCEAU. Th. Paris.
D'AMBROSIO. Riforma medica.
1892 — JEGOROW. Neurol. Centralblatt.
FASQUELLE. Th. Lyon.
JACQUET. Journal méd., chir., pharm., N° 32.
ROGUES DE FURSAC. Th. Paris.
1893 — VERGELY. Gaz. hebdom. de médecine et chirurgie, N° 32.
1894 — BRISSAUD. Revue de neurologie.
BEEVOR. Transact. of the clinical Société of London.
1895 — JEOFFROY et ACHARD. Arch. de médecine expérimentale.
BAHR. Deutsche medic. Wochenschr.
BIEGANSKI. Deutsche médic. Woch.
TESTI. Congresso di Medicina Interna.
HALLION et COMTE. — Arch. de physiol.
1896 — FEINDEL. Revue neurolog.
CASPARI. Semaine médicale.
1897 — REINHOLD. Deutsche Zeitschr. für nerven.
DUFOUR. Soc. anatom.
QUINEBAULT. Th. Paris.
FÉRÉ. Revue chirurgicale.
ROBINEAU. Bulletin de la Soc. anatom.
MARIE. Revue neurolog.
1898 — SENATOR. Berliner Klin. Wochenschr., N° 29.
MAIXNER. Revue neurologique.
DUFOUR. Revue neurologique.
1899 — NICHOLS. American Journ. og Medic. Science.
MARÉCHAL. Soc. belge de neurologie.
LONG. Th. Paris.
PHILIPPE. Oberthür. Revue neurologique.

JAPHA. Deutsche med. Wochenschr., N° 19.
NALBANDOFF. Soc. neurol. de Moscou.
SCHLESINGER. Neurologisches centralblatt.
CROCQ. Journal de neurologie.
1900 — LÉPINE. Th. Lyon.
SCHLESINGER. Centralblatt für nervenheilkund.
LUZZATO. Bollet. soc. lancis. Roma.
LAPINSKY. Centralblatt für nervenheilkünd.
NEBELTHAU. Deutsche Zeitschrifft für nervenheilkünd.
BEARD. Th. Paris.
1901 — CASSIRER. Die Vasomotr. Trophischen neurosen (Berlin).
NEUTRA. Wienerklin. Woch.
GEMMEL. Die Gicht (Berlin).
BRISSAUD. Pr. Medic., N° 9.
1902 — PIGHINI. Rivista sperimentale di Freniatria.
JANSENN. Centralblatt für chirurg.
BOLLI. Il Policlinico.
FÉRÉ et FRANCILLON. Revue de médec.
SALAGHI. Archivio di ortopedia.
GEMMEL. Deutsche medic. zeitung.
FLEGER. Wien. Kl. Woch.
SCHLESINGER. Die syringomyélie.
1903 — SPANDRI. Rivesta veneta di scienze médic.
1904 — PERDRIZET. Th. Lyon.
TICHET. Th. Paris.
FERRERO. Giornale della R. Acc. di medic. di Torino.
OPPENHEIM. Lehrbuch der nervenkrankheit.
MERCARI. Nuovo raccoglitore med.
PIC et BONAMOUR. Revue de médecine.
GUALDI. Rivista critica di clinica medica.
LAPINSKY-CASSIRER. Ueber den centralen ursprüng des sympathicus.
1905 — BEDUSCHI-JARDINI. Archivio di ortopedia.
PERRERO. Archivio di Psychiatria.
TESTI. Riforma medica (Juillet).
1906 — JELLINEK. Wienerklin, Wochenschr.
FERRARI. Riforma medica, N° 15.
1907 — JARDINI (Il Morgnani).
AIEVOLI. Archivio di ortopedia.
1908 — POZZILI. Gazette degli ospedali (août).
1909 — CARDI. Rivista di patol. nervosa et mentale.
1911 — STIEFFLER. Medizinische Klinik, 25 juin.
LICCIARDI. Il Tommasi.

1915 — CASTELLINO et PENDE. Patologia del sympatico.
1916 — ARÔU. Thèse Paris.
1917 — REICHEL. Deutsche Zeitschrift für chirurg., N° 138.
1918 — LAIGNEL-LAVASTINE. Soc. de neurologie.
1922 — SPECKLIN et STOEBER. Pr. médicale (août).
1923 — PERSEGUERS. Th. Bordeaux
1925 — APERT. Soc. Médic. des Hopit.
1926 — CHAIX. Th. Lyon.
André THOMAS. Réflexe pilo-moteur.
DEJERINE. Semiologie du syst. nerveux.
LANGLEY. Le syst. nerveux autonome (Trad. Tiffeneau).
TINEL. Blessures des nerfs.

1928. — Imprimerie « LABOR », 8, Boulevard de Vaugirard, Paris XV°